

# ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა: კონსპექტი

ავტორი: მარინე კურატაშვილი

წინამდებარე მასალა მომზადდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით და მდგრადი განვითარების მიზნების ფონდის ფინანსური დახმარებით. © UNFPA 2020

## სლაიდი 1.

- მძიმე და ხანგრძლივ ფსიქიკურ აშლილობებს ხშირად თან ახლავს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები. ამის მიზეზია როგორც თავად ფსიქიკური აშლილობა, ისე მის სამკურნალოდ გამოყენებული ფსიქოტროპული მედიკამენტები.
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებთან, სექსუალობასთან დაკავშირებული საჭიროებები და სურვილები, არ განსხვავდება ფსიქიკური აშლილობების არმქონე ქალების საჭიროებებისგან.
- მიუხედავად ამისა, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მოთხოვნები სექსუალობასა და ინტიმურობაზე არ არის დაკმაყოფილებული. (1)
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტთა მხრიდან, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას, სტიგმის, უხერხულობის განცდის, ნდობის და ინტერესის ნაკლებობის, კულტურალური სირთულეების გამო, საკმარისი ყურადღება არ ექცევა. (2)

## სლაიდი 2.

- **შიზოფრენიის** დიაგნოზის მქონე ქალებში სექსუალური დისფუნქცია გვხვდება შემთხვევათა 70%-ში. მას განაპირობებს ნეგატიური სიმპტომები (მაგ., აპათია), ზოგიერთი წამლის გვერდითი ეფექტი. მაღალია სექსუალური ძალადობის მსხვერპლად გახდომის რისკი.
- **დეპრესიის** დროს სექსუალური პრობლემები ორჯერ უფრო ხშირად იჩენს თავს, ვიდრე ფსიქიკური აშლილობების არმქონე ქალებში.
- სექსუალური დისფუნქციის დროს რეკომენდებულია დეპრესიის სკრინინგი.
- **ბიპოლარული აშლილობისას** მანიაკალურ ფაზაში სახეზეა ჰიპერსექსუალობა და სარისკო სექსუალური ქცევის მატება. სექსუალური დისფუნქცია, როგორც რეზიდუალური სიმპტომი, რჩება გუნებ-განწყობის გათანაბრების შემდეგაც. ბიპოლარული აშლილობის მქონე ახალგაზრდა პაციენტებისთვის დამახასიათებელია სექსუალური აგრესია.
- არსებობს კავშირი სექსუალური ძალადობის ისტორიასა და ცხოვრების შემდგომ პერიოდში დადგენილ ისეთ დიაგნოზებს შორის, როგორცაა შფოთვითი აშლილობა, დეპრესია, კვებითი აშლილობები, ძილის დარღვევა, სუიციდის მცდელობები. (2)

## სლაიდი 3.

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების სექსუალური ქცევის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ზოგიერთი თავისებურება და რისკები: (3, 4, 5)

- ცხოვრების განმავლობაში ჰყავთ მეტი სექსუალური პარტნიორი ჯანმრთელ პოპულაციასთან შედარებით
- კონტრაცეფციის მეთოდების უფრო იშვიათი გამოყენება
- სარისკო სექსუალური აქტივობის მაღალი დონე
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაინფიცირების მაღალი რისკი
- დაქვეითებული ფერტილობა, მეტი აბორტი
- უფრო მეტი არასასურველი ორსულობა
- დაგეგმილი ორსულობის და ცოცხლად შობადობის ნაკლები რაოდენობა
- ზოგადად, ქორწინებების ნაკლები რიცხვი და მეტი ძალდატანებითი ქორწინება
- ანტენატალური ზრუნვის მიღების ნაკლები შესაძლებლობა
- სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე ხელმიუწვდომლობა
- გაუპატიურების და ძალადობის მეტი შემთხვევა.

#### სლაიდი 4.

- ქალის რეპროდუქციული ასაკი მოიცავს პუბერტეტის, მენსტრუალური ციკლის, ორსულობის და მენოპაუზის პერიოდებს. ყველა ეს პერიოდი თავისებურ გავლენას ახდენს ქალის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.
- ქალის რეპროდუქციული ასაკის გარკვეულ პერიოდებში და რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის ზოგიერთი პრობლემის დროს, ზოგჯერ თავს იჩენს პრობლემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივაც, მაგალითად: (6)
  - ✓ ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები პრემენსტრუალურ პერიოდში
  - ✓ გუნებ-განწყობის ცვლილებები მენოპაუზის დროს
  - ✓ დანაშაულის და დანაკარგის განცდა მუცლის მოშლის, მკვდრადშობადობის, აბორტის შემდეგ
  - ✓ სოციალური სეგრეგაცია და დაბალი თვითშეფასება უშვილობის, სექსუალური დისფუნქციის და სექსუალური უმცირესობისადმი კუთვნილების დროს
  - ✓ შფოთვა, შიში არასასურველ ორსულობასთან დაკავშირებით
  - ✓ პერინატალური და პოსტნატალური დეპრესია, ფსიქოზები
  - ✓ სექსუალური ძალადობის და გაუპატიურების შემდეგ მსხვერპლთა 1/3-ს აღენიშნება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა.

#### სლაიდი 5.

სქესობრივი მომწიფების და სიჭაბუკის ასაკი (პუბერტეტი) დაკავშირებულია მკვეთრ ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ ცვლილებებთან, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებასთან, ამ ცვლილებების მიღებასა და საკუთარი გენდერული იდენტობის დადგენასთან. შედეგად, იზრდება მოწყვლადობა ფსიქიკური პრობლემების მიმართ, კერძოდ: (6)

- მატულობს სუიციდის შემთხვევები
- ხშირია დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობები
- იზრდება მიდრეკილება სარისკო სექსუალური ქცევის, ძალადობის, ნივთიერებების ავადმომხარების მიმართ, რასაც შედეგად მოსდევს არასასურველი ორსულობის, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მაღალი ალბათობა.

#### სლაიდი 6. (7, 14)

**პრემენსტრუალური სინდრომი** (პმს, PMS) მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული რეკურენტული, მძიმე სიმპტომოკომპლექსია. ეს სიმპტომები ჩნდება მენსტრუაციის დაწყებამდე 7–10 დღით ადრე და ქრება მისი დაწყებისას. (7)

- **პმს–ს ზოგადი სიმპტომებია:** შფოთვა, გაღიზიანებულობა, ნევროზულობა (ზოგჯერ სახეზეა საზიანო ქცევები საკუთარი თავის, ოჯახის და სოციალური მიმართ), სითხის და მარილის შეკავება, აბდომინალური შეშუპება, მკერდის ტკივილი, მადის გაძლიერება, წონაში მომატება, დაღლილობა, თავის ტკივილი. ასევე ხშირია ინსომნია, დეპრესია, სუიციდის გაზრდილი რისკი.
- ქალების უმრავლესობისთვის დამახასიათებელია პრემენსტრუალური სინდრომის ცალკეული სიმპტომები, ხოლო 13%–18%–ში სიმპტომების გამოხატული სიმძიმედან გამომდინარე, შეიძლება დადგინდეს პმს–ს დიაგნოზი.

#### სლაიდი 7.

##### პმს–ის მკურნალობა: (14)

- ✓ სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები
- ✓ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები (იბუპროფენი), პარაცეტამოლი
- ✓ შარდმდენები (სპირონოლაქტონი)
- ✓ ჰორმონული პრეპარატები
- ✓ ასევე გარკვეულ შემდეგ იძლევა გინკო ბილობა, კრაზანა (*Hypericum perforatum*), ვიტამინი B6 და ვიტამინი D
- ✓ ჰომეოპათიური საშუალებები და მცენარეული წამლები (*Crocus sativus* L), ჩინური სამკურნალო ბალახები. პილოტური კვლევის თანახმად, ჰომეოპათიური მკურნალობის შედეგად, შემთხვევათა 90%–ში გვაქვს სიმპტომური გაუმჯობესება, პლაცებოს 37, 5%–თან შედარებით.

#### სლაიდი 8.

##### პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობა (პმდა, PMDD): (7)

- ახასიათებს დეპრესიული გუნებ-განწყობა ან დისფორია, აფექტური ლაბილობა, ინტერესების დაქვეითება, კონცენტრირების უნარის გაძნელება და სხვ. (7)
- ჰმდა-ს სიმპტომები ჩნდება ლუთეინური ფაზის ბოლო კვირაში, იწყებს შემსუბუქებას ფოლიკულური ფაზის დაწყების შემდეგ და მთლიანად ამოიწურება მენსტრუაციის დამთავრებისას. გვხვდება დაახლოებით 1%-7%-ში.
- დადგენილია ურთიერთკავშირი ჰმს/ჰმდა-სა და სხვადასხვა ტიპის აფექტურ და შფოთვით აშლილობებს შორის.
- ჰმს/ჰმდა-ს დიაგნოზის მქონე ქალებში მაღალია სუიციდის, აგრესიული და იმპულსური ქმედებების რისკი.
- პრემენსტრუალურ პერიოდში მატულობს მანამდე არსებული ფსიქიკური აშლილობების გამწვავების რისკი.

## სლაიდი 9.

### პერიმენოპაუზის პერიოდის (ასაკი: 45–59 წელი) ფსიქიკური პრობლემები (7)

- დეპრესიის სიმპტომების გაჩენის რისკი იზრდება პერიმენოპაუზის პერიოდში. რისკი განსაკუთრებით მაღალია მენოპაუზაში გადასვლის საწყის ფაზაში და მენოპაუზის დადგომიდან პირველი 2 წლის განმავლობაში.
- პერიმენოპაუზის პერიოდში განვითარებული დეპრესიის რისკ-ფაქტორებია: მენარხე ადრეულ ასაკში, ძლიერი და არარეგულარული მენსტრუაციული ციკლი მისი დაწყებიდან პირველი 5 წლის განმავლობაში, დეპრესიული აშლილობის ისტორია, პრემენსტრუალური დისფორია, მენოპაუზის ჩამოყალიბების პერიოდის ცხოვრებისეული სტრესები.
- ზოგადად, დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობების ჩამოყალიბების რისკი მაღალია პერიმენოპაუზის ფაზაში (45–59 წელი) და მცირდება პოსტმენოპაუზის ფაზის დადგომისას (60 წლის შემდეგ).

### სუიციდური ქცევა და ქალის რეპროდუქციული ასაკი:

- ფიქრები სუიციდზე მატულობს ესტროგენის დონის შემცირებისას, ანუ პრემენსტრუალურ და მენსტრუალურ ფაზაში.
- სუიციდის მცდელობა და სუიციდი საკმაოდ იშვიათია ორსულობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

## სლაიდი 10. (8)

- ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების მნიშვნელოვანი ნაწილის გვერდითი ეფექტია მათი ნეგატიური ზეგავლენა ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ზოგადად, სექსუალურ ფუნქციაზე უარყოფითად მოქმედებს სეროტონინერგული პრეპარატები, დოფამინის

ანტაგონისტები, წამლები, რომლებიც იწვევენ პროლაქტინის დონის მატებას. ამ უარყოფითი ზეგავლენის მაგალითებია: (8)

- ✓ სექსუალური ლტოლვის და კმაყოფილების განცდის უნარის შემცირება
  - ✓ ჰიპერპროლაქტინემია, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
  - ✓ ტერატოგენული ეფექტი, ნაყოფის განვითარების მანკები
  - ✓ ნაადრევი მშობიარობა, მცირე წონის ახალშობილი, გესტაციური დიაბეტი.
- რეკომენდებულია, წამლების ნეგატიური გვერდითი ეფექტების გასაკონტროლებლად და მედიკამენტების სწორად შესარჩევად, ანტიფსიქოზური წამლებით მკურნალობის დაწყებამდე დადგინდეს პაციენტის სექსუალური ფუნქციის საბაზო მდგომარეობა.

### სლაიდი 11. ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემია (8, 9)

- ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ყველაზე ხშირი ნეგატიური გვერდითი ეფექტი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მხრივ, ჰიპერპროლაქტინემიაა. ანტიფსიქოზური მედიკამენტების უმრავლესობა დოფამინის რეცეპტორების ანტაგონისტია. დოფამინი აფერხებს ჰიპოფიზის მიერ პროლაქტინის ჭარბი რაოდენობით გამომუშავებას. ამდენად, დოფამინის ანტაგონისტების ზემოქმედებით მცირდება დოფამინის დონე და, შესაბამისად, იზრდება პროლაქტინის გამომუშავება, რაც სისხლის პლაზმაში ზრდის პროლაქტინის დონეს.
- ჰიპერპროლაქტინემიის კლინიკური გამოვლინებაა: სექსუალური დისფუნქცია (ანორგაზმია, ლიბიდოს დაქვეითება), მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, მკერდის გადიდება და მტკივნეულობა, გალაქტორეა. უფრო იშვიათად გვხვდება სხეულის მასის და მადის მომატება, ჰირსუტიზმი, აკნე. შორს წასულ შემთხვევაში სახეზეა ძვლების მინერალური სიმკვრივის შემცირება და მკერდის კიბოს რისკის გაზრდა.

### სლაიდი 12. ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემია (8)

- ანტიფსიქოზური წამლების ზემოქმედება პროლაქტინის დონეზე:
    - ✓ არ ზემოქმედებს: არიპირაზოლი, კლოზაპინი, ქვეტიპინი
    - ✓ დაბალი რისკი: ოლანზაპინი, ზიპრაზიდონი, ლურასიდონი
    - ✓ მაღალი რისკი: ამისულპირიდი, რისპერიდონი, პალიპერიდონი, სულპირიდი,
- პირველი თაობის ანტიფსიქოზურები (მაგ., ჰალოპერიდოლი).
- ჰიპერპროლაქტინემიაზე მაღალი რისკის მქონე წამლები არ უნდა დაინიშნოს პაციენტთა შემდეგ ჯგუფთან:
    - ✓ 25 წელზე უფრო ახალგაზრდები
    - ✓ ოსტეოპოროზის დროს
    - ✓ ჰორმონდამოკიდებული მკერდის სიმსივნის ისტორიის მქონე პაციენტები
    - ✓ ახალგაზრდა ქალები.
  - სისხლის პლაზმაში პროლაქტინის დონის შეფასება:

- ✓ ნორმალური 0–25 ng/mL
- ✓ აწეული 25–118 ng/mL საჭიროებს ჰიპერპროლაქტინემიის კლინიკური ნიშნების რეგულარულ შეფასებას
- ✓ მაღალი >118 ng/mL საჭიროებს ტესტირებას პროლაქტინომაზე.

### სლაიდი 13. ჰიპერპროლაქტინემიის მენეჯმენტი (8, 9)

- ჰიპერპროლაქტინემიის მკურნალობა დამოკიდებულია კლინიკური სიმპტომების არსებობაზე და არა სისხლში პროლაქტინის დონეზე.
- ჰიპერპროლაქტინემიის მენეჯმენტი:
  1. მკურნალობის დაწყებამდე პროლაქტინის საბაზო დონის განსაზღვრა.
  2. მკურნალობიდან 3 თვის შემდეგ ჰიპერპროლაქტინემიის ნიშნების მონიტორინგი. ექვსის შემთხვევაში სისხლის პლაზმაში დონის განსაზღვრა.
  3. პროლაქტინის დონის აწევის და სიმპტომების არსებობისას, პირველ რიგში ხდება სხვა ანტიფსიქოზურ წამალზე გადართვა; ფსიქოზის გამწვავების საფრთხის შემთხვევაში, ალტერნატიული გადაწყვეტაა არსებულ წამალზე არიპიპრაზოლის დამატება, დოზით 5 მგ/დღეში;
  4. თუ აღნიშნება არიპიპრაზოლის აუტანლობა, მაშინ ინიშნება დოფამინის აგონისტები, როგორცაა კაბერგოლინი, ბრომკრიპტინი, ამანტადინი. ამ წამლებს აქვთ ფსიქოზის გამწვავების პოტენცია. პროლაქტინის დონის შემცირება მიიღწევა მეტფორმინის 2,5–3 გრ/დღეში დანიშნითაც.

### სლაიდი 14.

#### რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალში ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნის ზოგადი პრინციპები: (8, 10, 11)

- განიხილე სავარაუდო ორსულობის შესაძლებლობა, ვინაიდან ორსულობების ნახევარი დაუგეგმავია.
- იმსჯელეთ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის პოტენციურ რისკებსა და სარგებლიანობაზე ქალთან ინდივიდუალურად და, თუ ქალი თანახმაა, მის წარმომადგენელთან.
- თავი აარიდე იმ წამლების დანიშვნას, რომლებიც უკუნაჩვენებია ორსულობისას (განსაკუთრებით, კარბამაზეპინი და ვალპროატი). ქალს უნდა ეცნობოს ამ წამლების ტერატოგენული თვისების შესახებ. ვალპროატი მხოლოდ მენოპაუზის შემდეგ ინიშნება.

#### ფსიქიკური აშლილობა პირველად დაუდგინდა ორსულ ქალს:

- ორსულობის პირველ ტრიმესტრში თავიდან აიცილე ნებისმიერი წამლის დანიშვნა, თუ მისი სარგებლობა რისკზე უპირატესი არაა.

- თუ წამლის დანიშვნა აუცილებელია, გამოიყენე მინიმალური ეფექტიანი დოზა.

### სლაიდი 15.

#### თუ ორსულობას გეგმავს ქალი, რომელიც უკვე იღებს ფსიქოტროპულ წამლებს: (8, 10)

- წამლის შეწყვეტა იმ შემთხვევაშია რეკომენდებული, თუ ქალის მდგომარეობა სტაბილურია და გამწვავების რისკი დაბალია.
- არასასურველია წამლების შეწყვეტა მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური აშლილობისას და გამწვავების მაღალი რისკის დროს. ამ შემთხვევაში პრეპარატი დაბალი რისკის მქონე წამლით ნაცვლდება. წამლის შეცვლამ, გამწვავების რისკი, შესაძლოა, გაზარდოს.

#### როცა ქალი ფსიქოტროპულ წამლებს იღებს და აღმოაჩენს, რომ ორსულადაა:

- დარწმუნდით, რომ ქალს გაცნობიერებული აქვს რეციდივის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია მედიკამენტების შეწყვეტასთან, ასევე გააზრებული აქვს, რომ მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა საჭიროა თანდათანობით, ფსიქიატრთან შეთანხმებული სქემით.
- დაორსულების შემდეგ მკურნალობის უეცარი შეწყვეტა არასწორია მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე ქალებში. დაავადების გამწვავება შეიძლება უფრო საშიში აღმოჩნდეს დედისა და ნაყოფისთვის, ვიდრე წამლებით ეფექტიანი მკურნალობის გაგრძელება.
- სჯობია შენარჩუნდეს არსებული ეფექტიანი მედიკამენტი, რათა ახალ წამალზე გადართვით არ გაიზარდოს გამწვავების და ნაყოფის დაზიანების რისკი.

### სლაიდი 16.

#### ორსულობის დროს ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის ზოგადი პრინციპები (8, 10)

- გამოიყენე უმცირესი ეფექტური დოზა.
- გამოიყენე დედისა და ნაყოფისთვის ყველაზე ნაკლებ სარისკო მედიკამენტი.
- ერთდროულად გამოიყენე, რამდენადაც შესაძლებელია, ნაკლები რაოდენობის წამალი.
- მზად იყავი წამლის დოზების შესაბამისი ცვლილებებისათვის ორსულობის მიმდინარეობისას. დოზების გაზრდა მეტწილად საჭირო ხდება მესამე ტრიმესტრში.
- განიხილეთ მკურნალობის ვარიანტები (მედიკამენტური და ფსიქოლოგიური), რაც საშუალებას მისცემს ქალს, სურვილის შემთხვევაში, ძუძუთი კვებოს ახალშობილი.
- საუკეთესო შემთხვევაში, ორსულობის დროს ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობა გულისხმობს ფსიქიატრის მუდმივ მეთვალყურეობას.
- უზრუნველყავი ნაყოფის ადეკვატური სკრინინგი.



## სლაიდი 17.

### ორსულობის დროს ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის ზოგადი პრინციპები (8, 10)

- თუ ქალი პირველ ტრიმესტრში ფსიქოტროპულ საშუალებებს, განსაკუთრებით კი - ანტიკონვულსანტს იღებს - განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ მეთვრამეტე - მეოცე კვირის პერიოდში მაღალი გარჩევადობის ულტრაბგერით კვლევას.
- იყავი ინფორმირებული დანიშნული წამლების პოტენციურ რისკთან დაკავშირებით, მშობიარობის დროს.
- გააფრთხილე მეანები ფსიქოტროპული წამლების და მათი შესაძლო გართულებების შესახებ.
- მშობიარობის შემდგომი სამი დღის განმავლობაში დააკვირდით იმ ახალშობილს, რომლის დედაც ორსულობის დროს ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს იღებდა.
- დაგეგმეთ მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა იმ ქალებისთვის, რომლებმაც ფსიქოტროპული მედიკამენტები ორსულობის დროს შეწყვიტეს.
- მოახდინე ყველა ღონისძიების დოკუმენტირება.

## სლაიდი 18. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს (8,10)

- ანტიფსიქოზური საშუალების შერჩევასა გაითვალისწინეთ მონაცემების სიმწირე ამ მედიკამენტების უსაფრთხოების შესახებ, ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში.
- თუ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მოქმედების ფონზე ორსული ქალის მდგომარეობა სტაბილურია და წამლის შეწყვეტის შემთხვევაში მოსალოდნელია ფსიქიკური სიმპტომების გამწვავება, უმჯობესია მას ანტიფსიქოზური საშუალების მიღების გაგრძელება შესთავაზოთ, ვიდრე სხვა მედიკამენტზე გადაიყვანოთ.
- იმ ქალებისთვის, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ, არიან ორსულად ან ჩვილის ძუძუთი კვება აქვთ გადაწყვეტილი, დეპო ანტიფსიქოზური საშუალების შეთავაზება არ არის რეკომენდებული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ანამნეზში ორალურად მისაღები მედიკამენტების მიმართ თანხმობა არ დასტურდება, ხოლო დეპო პრეპარატს გამოხატული დადებითი შედეგი აქვს.
- ორსული ქალებისთვის ანტიფსიქოზური მედიკამენტების რისკის და სარგებლის შეფასებისას მხედველობაში მიიღეთ გესტაციური დიაბეტის და ჭარბი წონის განვითარების რისკი.
- გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით აწარმოეთ მონიტორინგი იმ ორსულებში, რომლებიც ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს იღებენ. შესთავაზეთ ორალური გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის ტესტი.

## სლაიდი 19. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები ორსულობის და ძუძუთი კვების დროს (8,10)

- ორსულ ქალს, რომელიც ანტიფსიქოზურ საშუალებას იღებს, ურჩიეთ დაიცვას დიეტა და გააკონტროლეთ სხეულის წონის მატება.
- ქალებს, რომლებიც ორსულობას გეგმავენ და აღენიშნებათ ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემია, დაუნიშნეთ ისეთი მედიკამენტი, რომელიც პროლაქტინზე არ მოქმედებს.
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტებიდან ყველაზე მეტ რეპროდუქციულ უსაფრთხოებას აჩვენებენ: ქვეტიაპინი, ოლანზაპინი, რისპერიდონი და ჰალოპერიდოლი. ნაკლებია მონაცემები კლოზაპინის, არიპიპრაზოლის, ზიპრაზიდონის მიმართ. ქვეტიაპინი ხასიათდება ყველაზე დაბალი პლაცენტარული შეღწევადობით.
- ძუძუთი კვების პერიოდში ნაკლები რისკის შემცველია ქვეტიაპინი და ოლანზაპინი.
- ორსულობის დროს ნუ დაიწყებთ კლოზაპინის გამოყენებას.
- კლოზაპინი სიფრთხილით გამოიყენეთ მეძუძურ დედებში. დააკვირდით ჩვილების სისხლის თეთრი უჯრედების რაოდენობას სისხლში ყოველკვირეულად, პირველი ექვსი თვის განმავლობაში.

## სლაიდი 20. ანტიდეპრესანტები და ორსულობა (8,10)

- ანტიდეპრესანტების (TCA, SSRI, SNRI) არჩევისას მხედველობაში მიიღეთ:
  - ✓ ქალის წინა გამოცდილება ამ პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებით
  - ✓ ორსულობის ეტაპი
  - ✓ ინფორმაცია მათი რეპროდუქციული უსაფრთხოების შესახებ
  - ✓ წამლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ აღკვეთის სიმპტომების და ახალშობილთა ადაპტაციის სინდრომის განვითარების რისკები
  - ✓ ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვისთვის ამ წამლების უსაფრთხოებაზე არასაკმარისი ცოდნა
- ორსულობის პერიოდში ნაკლები რისკის შემცველი ანტიდეპრესანტებია: სერტრალინი ციტალოპრამი, ესციტალოპრამი, ფლოუქსეტინი.
- ძუძუთი კვების დროს ნაკლები რისკის შემცველი ანტიდეპრესანტებია სერტრალინი (პირველი არჩევის) და ციტალოპრამი.

## სლაიდი 21. ანტიდეპრესანტები და ორსულობა (8, 10)

- ანაფრანილი არ არის რეკომენდებული ორსულებში.

- ორსულობის დროს ტრიციკლიური ანტიდეპრესანტების გამოყენება ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს.
- ტრიციკლიური ანტიდეპრესანტების გამოყენება მესამე ტრიმესტრში იწვევს ახალშობილში აღკვეთის სიმპტომებს: აჟიტაციას, გაღიზიანებულობას, რესპირატორულ დისტრესს, ენდოკრინულ და მეტაბოლურ პრობლემებს. ეს სიმპტომები ჩვეულებრივ მსუბუქია და გარდამავალი.
- სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების გამოყენება ორსულებში საფრთხილოა მათი სავარაუდო ტერატოგენული ეფექტის გამო (მაგ., ნაყოფის გულის მანკები, ანენცეფალია, ახალშობილის მყარი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია).
- ვენლაფაქსინის გამოყენება მეორე ტრიმესტრში დაკავშირებულია ახალშობილის მცირე ზომასთან მის გესტაციურ ასაკთან შედარებით.
- მირტაზაპინმა და ბუპროპიონმა შეიძლება გამოიწვიონ სპონტანური აბორტი.

## სლაიდი 22. ანტიდეპრესანტები და სექსუალური დისფუნქცია (8)

- ანტიდეპრესიულმა პრეპარატებმა შეიძლება გამოიწვიოს სედაცია, ჰორმონული ცვლილებები, ქოლინერგულ/ადრენერგული ბალანსის მოშლა, პერიფერიული ალფა-ადრენერგული აგონიზმი, სეროტონინის გაზრდილი ნეიროტრანსმისია, რაც სექსუალური დისფუნქციის სახით ვლინდება.
- ამ ტიპის სექსუალური დისფუნქცია არის დოზადამოკიდებული და მთლიანად შექცევადი.
- ანტიდეპრესანტებით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემია შედარებით მსუბუქია და მცირე ხანს გრძელდება, მისი კლინიკური ნიშნები (გალაქტორეა) იშვიათად ჩნდება. თუ კლინიკური ნიშნები მაინც იჩენს თავს, რეკომენდებულია გადაყვანა **მირტაზაპინზე**.
- ჰიპერპროლაქტინემიას არ იწვევს: აგომელატინი, მირტაზაპინი, ბუპროპიონი, რებოქსეტინი, მაო-ს ინჰიბიტორები. სხვა ანტიდეპრესანტებთან ცალკეულ შემთხვევაში გვხვდება გალაქტორეა, ჰიპერპროლაქტინემია.
- სექსუალურ ლტოლვასა და ორგაზმზე არ მოქმედებს: აგომელატინი, მირტაზაპინი, ბუპროპიონი, რებოქსეტინი.
- სექსუალურ დისფუნქციას იწვევს: ტრიციკლიური ანტიდეპრესანტები, ვენლაფაქსინი, SSRI-ს ჯგუფი, მაო-ს ინჰიბიტორები, დულოქსეტინი.

## სლაიდი 23. ნორმოტიმიკების/გუნება-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება (8, 10)

- ქალს, რომელიც გეგმავს ორსულობას ან ორსულადაა, ვალპროატი და კარბამაზეპინი არ ენიშნება. თუ უკვე იღებს ამ პრეპარატებს, ისინი დოზის თანდათან შემცირებით

ჩაიხსნება. ორივე პრეპარატი ზრდის ნაყოფის მალფორმაციის რისკს (მაგ., ნერვული მილის დაზიანება, სპინა ბიფიდა). ვალპროატთან ეს რისკი უფრო მაღალია კარბამაზეპინთან შედარებით.

- ორსულობის დროს ვალპროატის მიღებით იზრდება ნაყოფის მალფორმაციის და ნეიროგანვითარების დარღვევების რისკი. რისკი იზრდება, თუ ვალპროატის დღიური დოზა 1 გრ-ს აჭარბებს. (8)
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვების 40%-ს, რომელთა დედებიც ორსულობისას ვალპროატს იღებდნენ, აღენიშნებათ სიარულის და ლაპარაკის დაწყების დაგვიანება, მეხსიერების პრობლემები, მეტყველების სიძნელეები და დაბალი ინტელექტუალური უნარები.
- თუ ორსულობის დროს კარბამაზეპინის მოხსნა ვერ ხერხდება, მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ყველაზე დაბალი ეფექტიანი დოზით, ვინაიდან კარბამაზეპინის ტერატოგენული ეფექტი დოზადამოკიდებულია. ამასთანავე, პროფილაქტიკის მიზნით, ორსულის და ახალშობილის მკურნალობას ემატება ვიტამინი K.

#### **სლაიდი 24. ნორმოტიმიკების/გუნება-განწყობის სტაბილიზატორების გამოყენება (8, 10, 11)**

- ლამოტრიჟინი, ნაყოფის მალფორმაციის განვითარების თვალსაზრისით, ვალპროატთან და კარბამაზეპინთან შედარებით, ნაკლებად სარისკოა. მისი დონე მკვეთრად იზრდება ორსულობისას და მცირდება მშობიარობის შემდეგ. ამის გამო ლამოტრიჟინის დონის ხშირი განსაზღვრა ორსულობისას სასურველია.
- ნორმოტიმიკების უეცარი შეწყვეტის შემთხვევაში, გამწვავების რისკი მაღალია.
- გუნება-განწყობის არცერთი სტაბილიზატორი არ არის ორსულობის დროს სრულიად უსაფრთხო. მათი ალტერნატივა NICE-ს რეკომენდაციით არის გუნება-განწყობაზე მოქმედი ანტიფსიქოზური პრეპარატები (ქვეტიაპინი, ოლანზაპინი).
- თუ ბიპოლარული აშლილობის მქონე ორსულ ქალს აქვს დეპრესია, ენიშნება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია. უფრო მძიმე შემთხვევისას ემატება სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები, ასევე შეიძლება ლამოტრიჟინიც.

#### **სლაიდი 25. ლითიუმის გამოყენება (8,10)**

- ორსულობის დროს ლითიუმის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობა არაეფექტანია.
- ორსულობის დაგეგმვისას ან ორსულობისას ლითიუმის დანიშვნის დროს საჭიროა ქალი აცნობიერებდეს ნაყოფის გულის მანკების განვითარების რისკს, ასევე, ჩვილის ინტოქსიკაციის რისკს დედის რძეში ლითიუმის მაღალი შემცველობის გამო.

- ნაყოფის მალფორმაციის განვითარებისთვის ლითიუმით მკურნალობისას მაქსიმალური რისკის პერიოდია ჩასახვიდან მე-2– მე-6 კვირა.
- ლითიუმის დონის მონიტორინგი უფრო ხშირად უნდა განხორციელდეს ორსულობის და ლოგინობის ხანაში.
- ორსულობის დროს ლითიუმის მოხსნა ხდება დოზის თანდათან კლებით 4 კვირის განმავლობაში. ქალმა უნდა იცოდეს, რომ მედიკამენტის მიღების შეწყვეტა არ გულისხმობს ნაყოფის გულის მანკის განვითარების რისკის მოხსნას.

## სლაიდი 26. ლითიუმის გამოყენება (8,10)

- როცა ორსულობის დროს საჭირო ხდება ლითიუმიდან ანტიფსიქოზურ მედიკამენტზე გადაყვანა, გამწვავების რისკის ასაცილებლად, ეს თანდათანობით უნდა მოხდეს.
- თუ ორსული ქალისთვის გამწვავების ასაცილებლად სავალდებულოა ლითიუმით მკურნალობა, მაშინ ლითიუმი იხსნება და კვლავ ინიშნება მეორე ტრიმესტრში, ან თუ სხვა მედიკამენტები არ არის ეფექტიანი, ლითიუმით მკურნალობა არ წყდება.
- თუ ქალი ორსულობის განმავლობაში განაგრძობს ლითიუმის მიღებას, მაშინ ლითიუმის დონე პლაზმაში განისაზღვრება ყოველ 4 კვირაში ერთხელ, ორსულობის 36-ე კვირიდან კი - ყოველკვირეულად.
- დეჰიდრატაციისა და ლითიუმით ინტოქსიკაციის თავიდან ასაცილებლად, მშობიარობის დაწყებისთანავე უნდა გაკონტროლდეს ლითიუმის დონე და სითხის ბალანსი.

## სლაიდი 27. სედატიური და საძილე მედიკამენტები (8, 10)

- ბენზოდიაზეპინები არ ენიშნებათ ქალებს, რომლებიც ორსულობის ან ლოგინობის ხანაში იმყოფებიან. გამონაკლისია ხანმოკლე მკურნალობის კურსი ძლიერი შფოთვის და აჟიტაციის დროს.
- ძილის პრობლემების მქონე ორსულ ქალს ეძლევა რეკომენდაციები ძილის ჰიგიენასთან დაკავშირებით. მძიმე და ქრონიკული ძილის პრობლემის დროს შესაძლებელია პრომეთაზინის გამოყენება.
- ორსულ ქალში, **სწრაფი** ტრანკვილიზაციისთვის გამოიყენება ანტიფსიქოზური პრეპარატის მინიმალური ეფექტიანი დოზები ან მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე ბენზოდიაზეპინი (ლორაზეპამი). ბენზოდიაზეპინი შეიცავს მოდუნებული ბავშვის სინდრომის განვითარების რისკს, ხოლო ანტიფსიქოზური – ახალშობილში ექსტრაპირამიდული სიმპტომების რისკს.
- ზოლპიდემის გამოყენება შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაადრევ მშობიარობასთან და დაბალი წონის ახალშობილთან.

- ბენზოდიაზეპინები, ზოპიკლონი და ზოლპიდემი, სავარაუდოდ, არ ხასიათდებიან ტერატოგენული ეფექტით, მაგრამ მათი გამოყენება ორსულობის ბოლო პერიოდში დაუშვებელია.

## სლაიდი 28.

**ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ საკითხებზე: (10, 11)**

- ქალებს, რომლებსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა აქვთ, შესაძლებელია არ სურდეთ გაამჟღავნონ თავიანთი პრობლემა სტიგმის გამო, ასევე, მათი, როგორც დედების მიმართ ნეგატიური აღქმის წარმოშობის ან შვილის აღზრდისგან მათი ჩამოშორების შიშით.
- არსებობს რისკი, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ორსული ქალი ნაუცბათევად შეწყვეტს დანიშნული მედიკამენტების მიღებას, რაც გაზრდის დაავადების გამწვავების რისკს.
- პერინატალურ პერიოდში ფსიქიკური აშლილობის მქონე ქალებზე ზრუნვისთვის აუცილებელია მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომა, ღია კომუნიკაციით, ზრუნვის დაგეგმვითა და სხვადასხვა კლინიკურ სერვისში უწყვეტი ზრუნვის უზრუნველყოფით.
- ქალები, ანამნეზში ფსიქიკური აშლილობებით (მაგ., ბიპოლარული აშლილობა), ადრეულ პოსტნატალურ პერიოდში, დაავადების ეპიზოდის განვითარების გაზრდილი რისკით ხასიათდებიან.

## სლაიდი 29. (10, 11)

**ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ საკითხებზე:**

- ფსიქიკური პრობლემის არსებობა ხშირად უფრო სწრაფ ჩარევას საჭიროებს, ვიდრე რიგითი შემთხვევებისას, რადგან არსებობს პოტენციური რისკი ნაყოფის/ახალშობილისთვის და ქალის ფიზიკური ჯანმრთელობისა და მისი ფუნქციონირებისთვის.
- მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზები ხასიათდება უფრო სწრაფი დაწყებით და უფრო მძიმე სიმპტომებით, ვიდრე სხვა პერიოდში განვითარებული ფსიქოზები.
- სადაც ეს შესაძლებელია, დედის შეფასება, ზრუნვა და მკურნალობა ახალშობილსაც უნდა მოიცავდეს.

- თუ მშობიარობის შემდგომი მძიმე ფსიქიკური აშლილობის გამო დედის სტაციონირება აუცილებელია, თავიდან აიცილეთ მისი ჩვილისგან ხანგრძლივი დაშორება.

### სლაიდი 30. (7, 10, 11, 12, 13)

- **ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ფსიქიკური აშლილობები** წარმოდგენილია აფექტური სფეროს სხვადასხვა სიმძიმის აშლილობებით (დეპრესია, შფოთვა), ფსიქოზებით, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობით და სხვ. კლინიკური სურათით ისინი პრაქტიკულად არ განსხვავდებიან სხვა პერიოდში აღმოცენებული აშლილობებისგან.
- **ორსულობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ყველაზე ხშირია აფექტური სფეროს აშლილობები.** მათგან მეტწილად გვხვდება სხვადასხვა სიმძიმის დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობები. მათი გამოვლინების დიაპაზონსა და პრევალენტობას სათანადო ყურადღება არ ექცევა და შეუმჩნეველი რჩება.
- მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მსუბუქი აფექტური აშლილობაა ე.წ. „ბები ბლუზი“ (პოსტნატალური დისფორია, „Babyblues“). გვხვდება ახლად ნამშობიარები ქალების 30–80%-ში.
- „ბები ბლუზი“ თავს იჩენს მშობიარობის შემდგომ პირველ კვირაში (მეორე–მეხუთე დღეს), არის ტრანზიტორული და თავისით ამოიწურება რამდენიმე საათში ან რამდენიმე დღეში. თუ სიმპტომები 2 კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება, უნდა ჩატარდეს სკრინინგი პერინატალურ დეპრესიაზე.
- „ბები ბლუზი“ ხასიათდება გუნებ–განწყობის ლაბილობით, სუბდეპრესიით, ხშირი ტირილით, გაღიზიანებულობით, შიშის, გამოფიტვის განცდით, ძილის და მოსვენების უნარის დაკარგვით.
- გამომწვევ მიზეზად მიიჩნევა ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელი ჰორმონული ცვლილებები, კერძოდ ესტროგენის დონის სწრაფი დაცემა.
- არ საჭიროებს სპეციფიკურ მკურნალობას. საკმარისია ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა.

### სლაიდი 31. **ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი დეპრესია (7, 8, 10, 12, 13)**

- მონაცემები პერი– და პოსტნატალური დეპრესიის პრევალენტობის შესახებ განსხვავებულია და საშუალოდ 10–15%-ს შეადგენს. მისი დაახლოებით 1/3 იწყება მშობიარობამდე პერიოდში.
- ქალები, რომელთაც აქვთ დეპრესიული აშლილობის ისტორია, **ორსულობის და პოსტნატალურ პერიოდში, უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი დეპრესიის განვითარებისაკენ.** რისკი იზრდება ბიპოლარული აშლილობის არსებობისას. სხვა რისკ–ფაქტორებს შორისაა სირთულეები სოციალურ და პარტნიორულ ურთიერთობებში, მატერიალური გასაჭირი.

- პოსტნატალური დეპრესია ვითარდება მშობიარობის შემდგომი ერთი წლის ფარგლებში, მეტწილად რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ. მისი მიმდინარეობა ხანგრძლივია და საჭიროებს მკურნალობას.
- პოსტნატალური დეპრესიის ზოგადი კლინიკური ნიშნები არ განსხვავდება სხვა პერიოდში განვითარებული დეპრესიული ეპიზოდისგან (გუნებ-განწყობის დაქვეითება, ანჰედონია, ენერჯის დაქვეითება), სუიციდის საშიშროების არსებობა. განსხვავება ეხება შინაარსობრივ მხარეს.
- კლინიკურ სურათში დამატებით სახეზეა ცრემლიანობა, ემოციური ლაბილობა, ძილის დარღვევა, დანაშაულის და გადაღლილობის განცდა, ასევე, დანაშაულის, სირცხვილის განცდა, რომ სათანადოდ ვერ უვლის ჩვილს, არ აქვს მის მიმართ სიყვარული, უღირსი დედაა. ქალების ნაწილი უკიდურესად შფოთავს ჩვილის ჯანმრთელობის და კვების გამო, ეშინია, რაიმე ვნება არ მიაყენოს შვილს.

### სლაიდი 32. ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი დეპრესია (7, 8, 10, 12, 13)

- დეპრესიის სკრინინგი ორსულობის და ადრეული ლოგინობის ხანაში: შესაბამისი კითხვების დასმით და ედინბურგის პოსტნატალური დეპრესიის სკალის (EPDS) ან პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარის (PHQ-9) გამოყენებით (იხ. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია „პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს“).
- პერინატალურ პერიოდში მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის მქონე ქალებისთვის რეკომენდებულია ინდივიდუალური სტრუქტურირებული ფსიქოლოგიური ჩარევა (კოგნიტური ქცევითი თერაპია ან ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია) და სტრუქტურირებული ფსიქოგანათლება.
- ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი ზომიერი და მძიმე დეპრესიის დროს პირველი რიგის არჩევანია სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები ((SSRIs). მკურნალობა უნდა წარიმართოს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის, „პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს“, მიხედვით.

### სლაიდი 33. ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი (8, 10, 11, 12)

- ორსულობა არ იცავს ფსიქოზის განვითარებისგან, თუმცა მძიმე მიმდინარეობა იშვიათია. ორსულობამდე არსებული ფსიქოზის რეციდივის სიხშირე იგივე რჩება ორსულობის დროსაც.
- მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი გვხვდება 0,1–0,25%-ში (ყოველ 1000 მშობიარეზე 1–2 შემთხვევა).



- ფსიქოზებს, რომლებიც მშობიარობიდან პირველი 3 თვის განმავლობაში ვითარდება, პერინატალურ ფსიქოზებს უწოდებენ.
- პერინატალური ფსიქოზი ხასიათდება მოულოდნელი, სწრაფი და მწვავე დასაწყისით. კლინიკური სურათი და სიმპტომების ინტენსივობა სწრაფად და მოულოდნელად ცვალებადობს (ბოდვა, ჰალუცინაცია, აბნევა, აფექტური სფეროს მძიმე ცვლილებები). ფსიქოზი მეტწილად იწყება მშობიარობიდან 2 კვირის ფარგლებში.

#### სლაიდი 34. ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი (8, 10, 11, 12)

- პერინატალური ფსიქოზიდან გამოსვლა შედარებით მალე ხდება და პროგნოზი კეთილსაიმედოა. ფსიქოზის პერიოდში დაახლოებით 4%-ში არსებობს სუიციდის ან ახალშობილის მიმართ სახიფათო ქმედების რისკი.
- პერინატალური ფსიქოზის მიზეზი მრავალმხრივია. მათ შორის ინდივიდუალური მოწყვლადობა და ჰორმონული ცვლილებები – ესტროგენის დონის დრამატული დაქვეითება მშობიარობის შემდეგ.
- მძიმე ფსიქიკური აშლილობის განვითარების რისკიშესაბამისი კითხვების დასმით ფასდება (იხ. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია „პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს“). შემდგომი ტაქტიკა აღნიშნული რეკომენდაციის თანახმად წარმართება.
- ორსულებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისას სასურველია შემდეგი წესის დაცვა: ანტიფსიქოზური პრეპარატები დაინიშნოს მინიმალური ეფექტიანი დოზით, არაუადრეს მეორე ტრიმესტრიდან; სასურველია მონოთერაპია კარგად შესწავლილი მედიკამენტით; მშობიარობის წინ სასურველია დოზის შემცირება ან მოხსნა.

#### ლიტერატურის ჩამონათვალი

1. Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? [José de Jager, Edward McCann](#) *Schizophrenia Bulletin*, Volume 43, Issue 2, 1 March 2017, Pages 236–239, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
2. „The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management“ Angel L. Montejo, Laura Montejo, and David S. Baldwin *World Psychiatry*. 2018 Feb; 17(1): 3–11. Published online 2018 Jan 19. doi: [10.1002/wps.20509](https://doi.org/10.1002/wps.20509)

3. Sexual and Reproductive Behaviors Among Persons With Mental Illness Faith B. Dickerson, Ph.D., M.P.H. Clayton H. Brown, Ph.D. Julie Kreyenbuhl, Pharm.D., Ph.D. Richard W. Goldberg, Ph.D. Li Juan Fang, M.A. Lisa B. Dixon, M.D., M.P.H. Article *in* Psychiatric Services · December 2004 DOI: 10.1176/appi.ps.55.11.1299 · Source: PubMed
4. Reproductive health in women with serious mental illnesses Neslihan Keser € Ozcan, Nur E Boyacıog˘ lu, Semra Enginkaya, Hu˘ sniye Dinc , and Hu˘ lya Bilgin Article *in* Journal of Clinical Nursing · May 2014
5. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: მეთოდური რეკომენდაცია
6. Mental, Sexual & Reproductive Health, UNFPA, USA
7. *Elena Toffol* “Mental health and reproductive health in women” National Institute for Health and Welfare, Department of Mental Health and Substance Abuse Services and University of Helsinki Department of Psychiatry Helsinki, Finland 2013
8. David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur “ The Maudsley, Prescribing guidelines in psychiatry”, (13th edition, 2018, Wiley Blackwell)
9. Новые подходы к профилактике, диагностике и коррекции нейролептической гиперпролактинемии у больных с психическими расстройствами Портал CON-MED.RU: <https://con-med.ru/conferences/133/660528/>
10. პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)
11. Antenatal and postnatal mental health; The NICE Guideline on Clinical management and service guidance, Updated edition
12. Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects [Stephanie Schipper-Kochems](#), [Tanja Fehm](#), [Gabriele Bizjak](#), [Ann Kristin Fleitmann](#), [Percy Balan](#), [Carsten Hagenbeck](#), [Ralf Schäfer](#), and [Matthias Franz](#) Geburtshilfe Frauenheilkd. 2019 Apr; 79(4): 375–381. Published online 2019 Apr 12. doi: 1055/a-0759-1981
13. Послеродовая депрессия Табеева Г.Р Портал CON-MED.RU: <https://con-med.ru/conferences/119/629838/629836.html>

14. The [PMS treatment algorithm issued by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14260/epdf) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14260/epdf>