

ПРИРАЧНИК ЗА СКРИНИНГ И ДИЈАГНОСТИКА НА НАРУШУВАЊАТА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО ПРЕТКОНЦЕПЦИСКИ И ПЕРИНАТАЛЕН ПЕРИОД



МАКЕДОНСКА
АСОЦИЈАЦИЈА
НА ГИНЕКОЛОЗИ
И ОПСТЕТРИЧАРИ



Прирачник за скрининг и дијагностика на нарушувањата на менталното здравје во претконцепциски и перинатален период

За кого е наменет овој прирачник?

Овој прирачник е наменет за сите здравствени работници и релевантни чинители кои се вклучени во грижата за женското ментално здравје во перинаталниот период.

Целната група ги опфаќа:

- Здравствените работници од примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита;
- Здравствени власти и креатори на здравствени политики;
- Социјални служби и организации за поддршка на заедницата;
- Претставници од невладини организации;
- Жени кои се изложени на ризик, и/или веќе имаат дијагностицирано одредено нарушување на менталното здравје, како и едукација и поддршка на нивните семејства, партнер.

Целите на овој прирачник се:

- Подигнување на свеста кај здравствените работници за значењето на грижата за менталното здравје на жените во перинаталниот период.
- Обезбедување мерки за превенција на нарушувањата на менталното здравје во перинаталниот период.
- Идентификација на фактори на ризик и ранливи групи.
- Унапредување на професионалните способности во раното препознавање на симптомите.
- Адекватен менаџмент и терапија.
- Поттикнување на интерактивна средина за едукативен/научен развој преку приказ на случаи и анализа на клиничката практика.
- Охрабрување на мултисекторска соработка и тимска работа преку групни дискусии.

Примарна цел на овој прирачник:

- Рано препознавање, стандардизиран и универзален скрининг и проценка на жени со нарушувања на менталното здравје за време на перинаталниот период, како и едукација и поддршка на нивните семејства, партнер - се клучни за да се овозможи навремен и ефикасен третман. Адекватниот тераписки пристап, исто така помага да се минимизираат негативните последици врз плодот, новороденчето и поширокото семејство.

Клучни факти:

1. Психолошките аспекти на транзицијата кон родителство, се важни фактори кои влијаат врз перинаталното ментално здравје.
2. Специјалистите по гинекологија и акушерство често се првиот контакт во здравствениот систем и имаат клучна улога во идентификацијата и понатамошното упатувањето на жените со нарушувања на менталното здравје.
3. Депресија и анксиозност се најчестите нарушувања на менталното здравје за време на перинаталниот период.
4. Симптомите на анксиозност или депресија за време на бременоста се силен предиктор за нарушувања на менталното здравје во постпородилниот период.
5. Нетретираната депресија или анксиозност за време на бременоста е поврзана и со неповолни перинатални исходи, како што се: ниска родилна тежина, предвремено породување и неадекватен развој на новороденчето.

6. Глобално, самоубиството е една од водечките причини за смрт кај мајките во перинаталниот период.
7. Социодемографските карактеристики како возраста, социоекономскиот статус, нивото на образование, и културошкото миље можат да бидат ризик или протективни фактори за нарушување на менталното здравје
8. Неповолните исходи од бременоста (абортус, мртво родено, неонатална/доенечка смрт), историјата на претходни нарушувања на менталното здравје и интимно-партнерското насилство се посочуваат како едни од најважните ризик фактори.
9. Повеќето од често користените фармаколошки агенци за лекување на нарушувањата на менталното здравје во перинаталниот период не се тератогени.
10. Прекилот на фармаколошката терапија (особено наглиот прекин) кај пациенти со сериозни психички растројства, во тек на бременоста и после породувањето, е асоциран со висок ризик за релапс на симптоматологијата.

Содржина

1. ВОВЕД	6
1.1 Дефинирање на менталното здравје и неговите нарушувања	6
1.2 Претконцепциска грижа за менталното здравје	6
2. ПРЕВАЛЕНЦА И ТИПОВИ НА МЕНТАЛНИ НАРУШУВАЊА ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД	9
2.1 Типови на перинатални нарушувања на менталното здравје	9
2.1.1 Депресивни нарушувања	10
2.1.2 Анксиозност и нарушувања поврзани со анксиозност	10
2.1.3 Нарущувања од биполарниот спектар	12
2.2 Итни состојби	12
2.2.1 Постпартална психоза	12
2.2.2 Суицидалност во перинаталниот период	13
2.3 Улогата на здравствените професионалци	14
2.3.1 Диференцијална дијагноза	14
3. НАСОКИ ЗА ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА СИМПТОМИ ЗА НАРУШЕНО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД	15
3.1 Препораки за проценка и скрининг	15
3.1.1 Ризик фактори	15
3.1.2 Услови за обавување на проценката	16
3.1.3 Иницијална евалуација	16
4.СКРИНИНГ ЗА НАРУШУВАЊА НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛЕН ПЕРИОД	18

4.1 Кои жени треба да се вклучат	18
4.2 Кога да се спроведе скрининг	18
4.3 Скрининг за депресија по ЕПДС прашалникот	18
4.4 Насоки за скрининг и проверка на биполарно растројство	20
5. КАКО ДА СЕ ПОСТАПИ ПО ДОБИЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОД СКРИНИНГОТ	21
6. КЛУЧНИ СТАВОВИ ВО ИНФОРМИРАЊЕТО И ТРЕТМАНОТ НА НАРУШУВАЊАТА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД	22
6.1 Информирање на сите жени кои имаат новонастанати, постоечки или историја на психички растројства	22
6.2 Пред почетокот на третманот	22
6.3 Третман и препишувањето на психофармаколошката терапија во тек на бременост и после породување	22
6.4 Психофармаколошки третман кај депресивни и анксиозни растројства	22
6.5 Психофармаколошка терапија со познат тератоген ризик во тек на првиот триместар од бременоста	23
6.6 Доење	23
6.7 Психолошки интервенции	24
7. АНЕКС НА ПРАШАЛНИЦИ	25
7.1 ANRQ	25
7.2 GAD 7	29
7.3 EPDS	31
7.4 MDQ	32
8. РЕФЕРЕНЦИ	34

1. ВОВЕД

1.1 Дефинирање на менталното здравје и неговите нарушувања

Светската здравствена организација (СЗО) го дефинира менталното здравје како „состојба на благосостојба во која индивидуата е свесна за своите способности, може да се справи со нормалните животни стресови, да работи продуктивно и секојдневно да придонесува за заедницата“ (1). Во овој контекст, менталното здравје опфаќа повеќе од отсуство на ментални нарушувања — нагласувајќи ја важноста на емоционалната, психичка и социјална благосостојба како важни аспекти кои го дефинираат здравјето на индивидуата. Животните транзиции, како што се бременоста и родителството, значително влијаат на менталното здравје, што ја нагласува потребата за соодветна подготвеност на здравствениот работник за брза проценка на менталното здравје на пациентот. Адресирањето на менталното здравје за време на бременоста може да помогне во превенција од нарушувања на менталното здравје, ублажување на состојби како анксиозност и пост-трауматско стресно нарушување (1).

Слично како концептот на менталното здравје, менталното нарушување е широк поим што опфаќа различни состојби. Тие можат да се разликуваат по тежина — од лесни и привремени нарушувања до посериозни психијатриски состојби како шизофренија, биполарно афективно растројство или постпородилната психоза (2).

Перинаталните ментални нарушувања се однесуваат на нарушувања на менталното здравје кои се јавуваат за време на бременоста или во првите 12 месеци по породувањето, независно дали првично се појавиле пред или за време на перинаталниот период (1).

Американската психијатриска асоцијација (APA) го дефинира постпородилниот период како период од само 4 недели по породувањето, но многу од експертите, вклучувајќи го и Центарот за контрола и превенција на болести (CDC), го прошируваат овој период опфаќајќи ја целата прва година по породувањето, посочувајќи го „четвртиот триместар“ како критичен период за мајчината здравствена состојба (3).

1.2 Претконцепциска грижа како основа за менталното здравје

Перинаталниот период традиционално се дефинира како времето што ја опфаќа бременоста и првата година по породувањето, но претконцепцискиот период игра критична улога во интервенциите насочени кон заштита на менталното здравје на мајката и обезбедување на оптимални услови за здрав развој на потомството.

Според истражувањата, нарушувањето на менталното здравје во перинаталниот период често е поврзано со предходни психички потешкотии, кои може да бидат препознати, недијагностицирани и недоволно третирани. Преваленцата на перинатална депресија кај жени со историја на депресивни растројства е проценета на 25–40% (4), што ја нагласува потребата од рано откривање и интервенција.

Дополнителен предизвик претставуваат жените со хронични психијатриски растројства, како биполарно растројство и растројства од шизофрениот спектар, кои имаат значително повисок ризик од влошување на психичката состојба во перинаталниот период (5,6).

Сериозните ментални нарушувања се поврзани со:

- Зголемени стапки на небезбедни репродуктивни практики.
- Недоволна информираност за сексуалното и репродуктивното здравје.

- Повисока изложеност на сексуално насилство.
- Честа употреба на алкохол и психоактивни супстанции.
- Нередовна или несоодветна употреба на контрацепција.

Овие фактори значително го зголемуваат ризикот од непланирана и малолетничка бременост, кои се клучни ризици за менталното здравје во бременоста и постнаталниот период (7–11).

Претконцепциска грижа: Превентивен пристап за ранливите категории

Претконцепциската грижа подразбира холистички пристап за проценка на соматските, психолошките и социјалните фактори кои можат да влијаат врз здравјето на мајката и детето. Овој пристап обезбедува:

- Рана идентификација на штетните здравствени навики и ризик фактори.
- Оптимизирање на здравјето пред зачнувањето.
- Намалување на ризиците од перинатални компликации.

Претконцепциската грижа вклучува биомедицински, бихејвиорални и психо-социјални интервенции со цел да се (12):

- **Унапреди здравствениот статус.**
- **Редуцираат штетните навики.**
- **Минимизираат индивидуалните и срединските фактори кои може да доведат до негативни исходи за мајката и детето.**

Жените со ментални растројства често имаат специфични потреби, вклучувајќи:

- **Безбедно продолжување или адаптација на психофармаколошкиот третман.**
- **Редукција на ризикот од релапс во текот на бременоста и постпарталниот период.**
- **Поддршка при носење информирани репродуктивни одлуки.**

Улогата на здравствените професионалци

Претконцепциското советување не смее да биде ексклузивна домен на психијатријата, туку треба да биде интегрирано на сите нивоа на здравствената заштита, преку мултидисциплинарен пристап.

Во овој процес, клучна е координацијата меѓу:

- **Семејни лекари**
- **Гинеколози и акушери**
- **Психијатри и служби за ментално здравје**

Имплементацијата на претконцепциските интервенции би овозможила:

- **Епидемиолошка проценка на ризик факторите.**
- **Навремена поддршка за ранливи категории, вклучувајќи:**
 - Жени со психијатриски растројства.
 - Лица со низок социо-економски статус.
 - Кориснички на психоактивни супстанции и алкохол.

- Малолетнички и самохрани мајки.
- Жени со репродуктивни потешкотии.
- ХИВ позитивни индивидуи.

Целни интервенции:

► Контрола на здравствените навики

- Пушењето е значителен ризик фактор за негативни исходи при породувањето.
- Престанокот на пушење пред или за време на бременоста може да спречи 5–7% од предвремени породувања и 23–24% од случаите на ненадејна смрт на новороденче.
- Жените кои консумираат алкохол или дроги треба да бидат активно насочувани кон рехабилитациони програми.

► Подобрување на психо-социјалната поддршка

- Жените во претконцепцискиот период треба да добијат поддршка за намалување на стресот, преку:
 - Физичка активност
 - Техники за релаксација и mindfulness
 - Подобрување на социјалната поддршка
 - Подобрување на квалитетот на сонот и исхраната

Интеграцијата на претконцепциската грижа во рутинските здравствени консултации помага во зајакнување на автономијата на пациентките, подобрување на нивните репродуктивни избори и обезбедување подобри здравствени исходи за мајката и детето (13).

2. ПРЕВАЛЕНЦА И ТИПОВИ НА ПЕРИНАТАЛНИ МЕНТАЛНИ НАРУШУВАЊА

Преваленцата на перинаталните ментални нарушувања варира во зависност од применетите дијагностички критериуми и времето на проценка.

Истражувањата покажуваат дека нарушувањата на расположението, особено депресијата и анксиозните нарушувања, се најчестите ментални нарушувања забележани за време на бременоста и често се среќаваат во клиничката практика.

Според последните статистички податоци, стапката на антенатална депресија се движи од 12% до 17%, додека преваленцата на антенаталната анксиозност варира од 15% до 23%, опфаќајќи ги и анксиозноста асоцирана со бременоста и генерализираните анксиозни симптоми (14).

Националната студија „Влијанието на пандемијата со КОВИД-19 врз перинаталното ментално здравје на жените во Северна Македонија," спроведена во пост-пандемскиот период, покажа стапки на клинички значајна депресија и анксиозност од 27.59% и 27.87%, соодветно. Овие податоци упатуваат кон значаен пораст во споредба со пред-пандемскиот период, кога проценетата преваленца на перинаталната депресија изнесуваше помеѓу 10% и 14% (15).

2.1 Типови на нарушувања на менталното здравје во перинаталниот период

Психичките потешкотии во перинаталниот период, во склоп на депресивно-анксиозни нарушувања, можат да се манифестираат преку различна симптоматологија.

Општи симптоми:

- Чувство на тага или често плачење
- Губење на интерес или задоволство кон претходно сакани активности
- Недостаток на енергија или мотивација
- Прекумерна загриженост или негативни мисли
- Промени во биоритмот на спиење
- Промени во апетитот
- Потешкотии во концентрацијата и донесувањето одлуки
- Чувство на вина, безнадежност или безвредност
- Чувство на претстојна катастрофа или безнадежност за иднината
- Мисли за самоповредување или самоубиство
- Необјаснети телесни болки и други физички симптоми
- Вознемирувачки спомени или соништа поврзани со минати трауматски искуства

Поспецифични симптоми:

- Постојана загриженост за добросостојбата на бебето
- Чувство на неспособност или неподготвеност да се грижи за бебето
- Негативни мисли за бебето

Разликувањето на секојдневните грижи од клинички значајните ментално здравствени нарушувања може да биде предизвик, особено за време на перинаталниот период. Важно е да се процени тежината, времетраењето и влијанието на симптомите врз секојдневното функционирање (1).

Нарушувања на расположението

Нарушувањата на расположението се карактеризираат со нарушувања во емоциите. Депресивните епизоди претставуваат изразено ниско расположение, додека спротивните епизоди (епизоди на немотивирано покачено расположение/еуфорија или иритабилност) се категоризираат како хипоманија или манија.

2.1.1 Депресивни нарушувања

Депресивните нарушувања се карактеризираат со постојано ниско расположение или тага што значително го нарушува секојдневното функционирање.

Дијагнозата бара присуство на најмалку пет симптоми во текот на две недели, при што барем еден од нив треба да биде депресивно расположение или загуба на интерес (анхедонија) (1).

*Табела 1: DSM-5 Дијагностички критериуми за Големо депресивно растројство

За дијагноза на големо депресивно растројство, потребно е присуство на најмалку 5 од следниве симптоми речиси секој ден во текот на најмалку 2 недели, при што најмалку еден од симптомите мора да биде или депресивно расположение или анхедонија. Симптомите мора да предизвикуваат значително нарушување во функционирањето и не смеат да бидат резултат на друга медицинска состојба или употреба на супстанции.

СИМПТОМ	ОПИС
Депресивно расположение	Присуство на тажно, празно или безнадежно чувство речиси секој ден; може да се забележи и од страна на други (на пр. изгледа заплакана).
Анхедонија	Значително намалување на интересот или задоволството во сите или речиси сите активности.
Значителна промена во телесната тежина или апетитот	Ненамерно губење или добивање на тежина (на пр. промена од повеќе од 5% од телесната тежина во еден месец) или значителна промена во апетитот.
Нарушувања во спиењето	Несоница или хиперсомнија речиси секој ден.
Психомоторни промени	Агитација или забавеност во движењата, забележливи од страна на другите.
Замор или губење на енергија	Чувство на умор или недостаток на енергија речиси секој ден.
Чувства на безвредност или прекумерна/непропорционална вина	Чувства на безвредност или прекумерна вина речиси секој ден.
Намалена способност за размислување или концентрација	Потешкотии во концентрацијата или донесувањето одлуки речиси секој ден.
Рецидивирачки мисли за смрт или самоубиство	Повторувачки мисли за смрт, самоубиствени идеи без конкретен план или обид за самоубиство.

► Постпородилна депресија (PPD)

Постпородилната депресија се дефинира како епизода на депресија што се јавува во рок од 4 до 6 недели по породувањето, иако експертите често го прошируваат овој период до 12 месеци по раѓањето (1).

Важно е да се направи разлика помеѓу постпородилната депресија и „baby blues“ - состојба која се јавува кај 76% од родилките во првите две недели и се карактеризира со промени во расположението, епизоди на плачење, анксиозност и нарушувања на сонот (18). Ако овие симптоми траат подолго од две недели и го нарушуваат секојдневното функционирање, клиничарите треба да ја разгледаат можноста за дијагноза на постпородилна депресија.

Обезбедувањето психоедукација за пациентките и нивните партнери е од клучно значење, бидејќи дури и оние без историја на депресија може да страдаат од постпарталната депресија.

Споредба на постпородилни ментални состојби

КАТЕГОРИЈА	ПОСТПОРОДИЛНА ТАГА (BLUES)	ПОСТПОРОДИЛНА ДЕПРЕСИЈА	ПОСТПОРОДИЛНА ПСИХОЗА
Фреквенција:	30–80%	10–25%	1–2 случаи на 1000 раѓања
Време на појава:	- во првите 5 дена. Се повлекува самостојно за 2 недели.	- по 2 недели. Може да се појави и во првите 4 месеци.	- во првиот месец. Може да се појави нагло (за неколку часа) или во текот на неколку недели.
Симптоми:	Потешкотии со спиење, анксиозност, емоционална нестабилност.	Исти како кај големо депресивно растројство. Нарушено функционирање.	Промени во расположението, мисли за самоубиство/повредување, параноја, халуцинации.
Не заборавате:		Присуство на коморбидитети!	Ова е итна состојба! Не мора да има претходна психијатриска историја! (72–88% ако има претходно BPD/психоза)

► Постпарталната психоза е опишана во поглавје 2.2 1 Итни состојби

2.1.2 Анксиозност и нарушувања поврзани со анксиозност

Анксиозните нарушувања се карактеризираат со прекумерен страв, загриженост и поврзани когнитивни и бихејвиорални нарушувања предизвикани од зголемена активност на симпатичкиот нервен систем. Нарущувањата поврзани со анксиозност се категоризирани одделно од: Обсесивно-компулсивни и сродни нарушувања

Нарущувања поврзани со траума и стрес (6) Анксиозноста може да биде подеднакво интензивна како и депресијата во перинаталниот период, со значително влијание врз квалитетот на живот, релациите и грижата за новороденчето.

2.1.3 Нарушувања од биполарниот спектар

Биполарното нарушување е хронично психичко растројство што бара доживотно лекување. Се одвива епизодно со флукуации на расположението помеѓу депресивни и манични или хипоманични епизоди (1).

Бидејќи депресивната симптоматологија се среќава како во склоп на униполарното, така и во склоп на биполарното афективно растројство, неопходна е внимателна проценка, со темелен преглед за историјата на психички потешкотии, за диференцијално-дијагностичко разликување на овие ентитети и избегнување на погрешно дијагностицирање и третман.

Жените со нелекувано или недоволно лекувано биполарно афективно растројство имаат зголемен ризик за релапс на афективните епизоди за време на бременоста и во постпородилниот период. Дополнително, кај оваа група пациенти постои значително зголемен ризик од развој на постпартална психоза во споредба со општата популација и пациентки со други психијатриски нарушувања.

2.2 ИТНИ СОСТОЈБИ

2.2.1 Постпартална психоза

Постпарталната психоза претставува **психијатриска ургентност** поради зголемениот **ризик од суицид и инфантицид**.

Инциденца: **1–2 на 1.000 породувања**.

Ризик фактори:

- Жени со **биполарно афективно растројство** се во најголем ризик.
- **Фамилијарна историја** на биполарно растројство или постпартална психоза.
- **Афективни растројства** во текот на бременоста.
- **Поголема возраст на мајката**.
- **Прва бременост (прворотка)**.

Ризикот од **инфантицид** кај постпартална психоза е проценет на **~4%**.

Клиничка слика:

Симптомите најчесто се појавуваат во првите **4 недели по породувањето**, најчесто **меѓу 3–10 ден**.

Клучни карактеристики:

- Дезорганизирано или бизарно однесување.
- Неаудитивни халуцинации (визуелни, олфакторни, тактилни).
- Параноидни, грандиозни или бизарни делузии.
- Делирична конфузност, дезориентација и дереализација.
- Недостаток на увид и критичност за состојбата.

Диференцијална дијагноза – состојби кои можат да имитираат постпартална психоза:

Темелен **физикален преглед и лабораториски испитувања** се неопходни за исклучување на органска основа, вклучувајќи:

- Фебрилни инфекции (пример: постпартален ендометритис).
- Компликации од постпартално крварење (Sheehan-ов синдром).

- Интоксикација или апстиненцијална криза од психоактивни супстанции/алкохол.
- Автоимуни болести (пример: постпартален тироидитис).
- Метаболни нарушувања.

Третман и менаџмент:

- Итна психијатриска евалуација и хоспитализација за заштита на мајката и новороденчето.
- Долготраен психијатриски мониторинг, дури и по ремисија на симптомите.
- Проценка за постоење на суицидални идеи или мисли за наштетување на бебето.
- Обезбедување адекватен сон, бидејќи недостатокот на сон е тригер за релапс. Вклучување на партнерот/семејството во нокната нега на новороденчето.

Препораки за третман:

1. Упатување на секоја пациентка со симптоми на постпартална психоза на итна психијатриска евалуација.
2. Хоспитализација за проценка, безбедност и третман.
3. Комплетен физикален и лабораториски преглед за исклучување на соматска основа.
4. Фармаколошки третман ординиран од психијатар
5. Избегнување на антидепресивна терапија без стабилизатор на расположението, за да се превенира манична епизода.

2.2.2 Суицидалност во перинаталниот период

Суицидот претставува еден од најсериозните ризици за младите мајки со депресија и се смета за втора водечка причина за смртност кај жените во репродуктивниот период.

Најголемата опасност е присутна кон крајот на бременоста и во првата година по породувањето, што ја нагласува потребата од рано препознавање и соодветен третман на перинаталната депресија.

Истражувањата покажуваат дека насилните методи на суицид, како што се бесење и скокање од височина, се најчести кај оваа група пациентки.

Овие сознанија ја потенцираат критичната важност на навремена интервенција и адекватна поддршка.

Клучни ризик фактори за суицид во перинаталниот период:

- Историја на психијатриски растројства.
- Жени со биполарно афективно растројство тип 1 (значително зголемен ризик).
- Претходни обиди за суицид.
- Ненадеен прекин на психофармаколошката терапија.
- Нарушувања во сонот.
- Изложеност на партнерско или семејно насилство.
- Доживеано мртвородено породување или неонатална загуба.

Препораки за превенција на суицид кај перинатални пациентки:

- ▶ Редовен скрининг за депресија и биполарно растројство кај бремени жени и родилки во првата година по породувањето, особено кај пациентки со зголемен ризик.
- ▶ Користење на стандардизирани скрининг инструменти:
 - EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) или PHQ-9 за проценка на депресивност.
 - ✓ MDQ (Mood Disorder Questionnaire) за скрининг на биполарно афективно растројство. Специфично внимание на самоповредувачки однесувања и суицидални идеи.
 - ✓ Директно прашување за:
 - Присуство на суицидални мисли.
 - Интензитет и фреквенција на овие мисли.
 - Дали постои конкретен план за самоубиство.
 - ✓ Вклучување на партнерот или блиски членови на семејството во грижата за пациентката, со нејзина согласност.
 - ✓ Минимизирање на ризикот од самоповредување преку:
 - Отстранување на потенцијално опасни предмети (оружје, апчиња, јажиња, остри предмети).
 - Упатување кон специјализирани психијатриски служби со цел реализација на фармаколошки третман и хоспитализација кај пациентки со изразен суицидален ризик.

2.3 УЛОГАТА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛЦИ

Сите здравствени професионалци кои доаѓаат во контакт со бремени жени или жени кои планираат бременост имаат клучна улога во раното препознавање и менаџирање на ризиците

Што треба да направи здравствениот работник?

- **Историја на психички нарушувања:** Секогаш земете анамнеза за претходни психијатриски состојби.
- **Препознавање на манични симптоми:** Кај пациентки со депресивни симптоми, поставете прашања за претходни епизоди на маничност.
- **Скрининг со валидирани алатки:** Применувајте EPDS, PHQ-9, MDQ, како алатки за скрининг на перинатални ментални нарушувања.
- **Навремено упатување:** Пациентките со зголемен ризик треба да се насочат кон специјализирани служби за перинатално ментално здравје (Кабинет за третман на жени во бременост и после породување).

2.3.1 Диференцијална дијагноза

Пред дијагностицирање на перинатални ментални нарушувања/состојби, здравствениот работник треба да ја земе во предвид целокупната медицинска историја и одредени медицински состојби како на пример: дисфункција на тироидната жлезда, анемија, употребата на супстанции (на пр. алкохол, опиоиди) или лекови кои може да ги имитираат или влошат симптомите. Адресирањето на овие основни фактори е клучно за точна дијагноза и ефективен третман (18).

3. НАСОКИ ЗА ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА СИМПТОМИ ЗА НАРУШЕНО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД

3.1 Препораки за проценка и скрининг

Термините скрининг и проценка често се користат наизменично, но тие имаат различно значење. Проценката се однесува на процесот на дефинирање на природата на проблемот. Иницијалната проценка на менталното здравје треба да започне со прашања во врска со медицинската историја и ризик факторите, и истите треба да бидат дел од клиничкиот преглед при секоја посета во текот на бременоста и првата година по породувањето. По идентификување на ризик факторите, се продолжува со примена на валидирана скрининг алатка (19).

Скринингот вклучува валидирани прашалници, кои ги пополнува здравствениот работник или пациентот, и се спроведува кај поединци од одредена популација за да се процени веројатноста за присуство на одредена болест или здравствена состојба. Претставува е ефикасна дијагностичко-превентивна мерка и главен предуслов за навремен и соодветен третман. Освен тоа спроведувањето на скрининг е интервенција која има и едукативно својство, со отрворање на дискусијата за менталното здравје при што се подига свеста и информираноста на популацијата.

3.1.1 Ризик фактори

Одредени групи и индивидуи може да имаат зголемен ризик за перинатални ментални нарушувања. Социјалните фактори – како квалитетот и квантитетот на социјалната поддршка – можат да влијаат на општествените фактори, кои потоа ја одредуваат преваленцата и сериозноста на перинаталната анксиозност и депресија. Исто така, различни култури и субкултури развиваат стратегии за адаптација на својата околина, со што истовремено ја обликуваат и се обликувани од неа.

Ризик факторите за развој на ментални здравствени нарушувања во перинаталниот период се слични на оние во други животни фази. Тие вклучуваат:

- историја на ментално здравствени проблеми,
- семејно насилство
- интимно-партнерско насилство
- нарушени и конфликтни меѓучовечки односи
- низок социо-економски статус и неадекватна социјална поддршка
- самохрани мајки
- непланирана или несакана бременост
- малолетничка бременост
- неповолно акушерски минато
- неплодност/инфертилитет
- употреба на алкохол и/или психоактивни супстанции
- статус на мигрант.

За насочена и детална евалуација за присуство на ризик факторите за нарушување на перинаталното ментално здравје се препорачува употреба на прашалникот Antenatal Risk Questionnaire (ANQR) (Анекс 1).

Развивање на умешноста кај здравствените работници за препознавање и адресирање на факторите на ризик е од клучна важност во превенција на влошување на менталното здравје кај вулнерабилните групи, преку насочени интервенции, кои честопати вклучуваат вмрежена грижа од страна на здравствените, социјалните и образовните служби во заедницата. Препознавањето и митигацијата на ризикот придонесува кон јакнење на капацитетите на личноста, и создава позитивна клима за здраво родителство.

3.1.2 Услови за обавување на проценката

- Жените треба да се чувствуваат безбедно и пријатно за време на проценката.
- Присуството на партнерот или семејството може да биде корисно, но треба внимателно да се процени дали тоа влијае врз споделувањето на информации и потешкотии од страна на пациентката.
- Скринингот за семејно насилство треба да се спроведува само кога жената е сама, согласно препораките за траума-информирана грижа.
- Постнаталните проценки со присуство на бебето и партнерот може да обезбедат увид во односот мајка-дете и семејната динамика, па треба да се поттикнуваат каде што е соодветно.

Информирана согласност за скрининг и проценка

Здравствените работници мора јасно да го образложат значењето на скринингот и проценката пред нивното спроведување, нагласувајќи дека тоа е дел од рутинската перинатална грижа.

Треба да се нагласи доверливоста на резултатите од скринингот, при што жените треба да бидат уверени дека нивните одговори нема да се споделат без нивна согласност, освен во случаи на значителен ризик по нивното здравје.

Доколку жената одбие скрининг или проценка, тоа треба да биде документирано, а можноста за проценка да ѝ се понуди повторно при идни консултации.

Доверливост и професионална обврска за грижа

Доверливоста на информациите мора да се почитува, освен ако постои безбедносен ризик за жената или нејзиното дете.

Во случаи каде што доверливоста мора да биде нарушена поради безбедносни причини, треба да се споделат само релевантните информации со клучните професионалци, а жената треба да биде информирана за процесот (20).

3.1.3 Иницијална евалуација

1. Кај сите бремени жени и родилки, во тек на првиот или последователните пренатални прегледи, како и во раниот постпартален период, поставите ги следниве прашања во иницијалната проценка за знаци на депресија или анксиозност, во склоп на општа дискусија за менталното здравје и благосостојбата на жената:

- Во текот на изминатиот месец, дали често сте се чувствувале тажно, депресивно или безнадежно?
- Во текот на изминатиот месец, дали често сте чувствувале дека имате намалена воља или задоволство во извршувањето на работите?

За почетна идентификација на анксиозност се препорачува кратката скала за генерализирано анксиозно нарушување (GAD-2), составена од следните две прашања:

- Во текот на изминатите 2 седмици, колку ве вознемирувало чувство на нервоза, анксиозност или напнатост?
- Во текот на изминатите 2 седмици, колку често ве вознемирувала неможноста да престанете да се грижите или да ги контролирате вашите грижи?

За прашањата поврзани со анксиозност:

Одговор "воопшто не" носи 0 поени, "неколку дена" носи 1 поен, "повеќе од половина од деновите" носи 2 поени, а "речиси секој ден" носи 3 поени.

2.1 Доколку жената даде позитивни одговори на поставните прашања, што индицираат постоење на депресивна симптоматологија продолжете со следите чекори:

- користење на кратки валидирани алатки за скрининг на депресија Единбуршката скала за постпородилна депресија (EPDS)
- и/или упатување на пациентката за специјалист од полето на ментално здравје / специјализирани служби за перинатално ментално здравје како "Кабинетот за третман на жени во бременост и после породување" за дополнителна евалуација, дијагноза и третман кога кај клиничарот постои сомнеж за изразена депресивна симптоматологија.

2.2 Доколку збирниот резултат од GAD-2 скалата е повисок од 3, што индицираат постоење на анксиозна симптоматологија продолжете со следите чекори:

- Администрирајте ја препорачаната скрининг алатка за анксиозност, Generalized Anxiety Disorder - 7, објаснета подетално во Анекс 2.
 - Доколку резултатот на GAD-2 скалата не е повисок од 3, но здравствениот работник забележува знаци на анксиозност се препорачува:
 - Поставување на дополнително прашање "Дали избегнувате одредени места или активности и дали тоа ви претставува проблеми?"(17)

4. СКРИНИНГ ЗА НАРУШУВАЊА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД

4.1 Кои жени треба да бидат вклучени во програмата за скрининг?

Сите жени кои се обраќаат за здравствена грижа во тек на перинаталниот период, во рамки на превентивни прегледи, предконцепциско советување, пренатална и постпартална грижа треба да бидат вклучени во скрининг за најчестите нарушувања на менталното здравје -депресија и анксиозност, преку користење на стандардизирани и валидирани инструменти.

4.2 Кога да се спроведе скрининг?

Се препорачува спроведување на серијален скрининг со користење на истата валидирана скала, во повеќе временски инстанци. Конкретно, скринингот треба да се изврши при првата пренатална посета, потоа повторно подоцна во бременоста, во или блиску до третиот триместар, како и при прегледите после породувањето. Спроведувањето на повеќекратни скрининзи во тек на перинаталниот период отвара можности за навремена превентивна поддршка и насочување кон соодветна нега (3).

(1) Скрининг за време на бременоста:

- Прва пренатална посета: Почетна проценка на ризик, историја на ментално здравје, основен скрининг.
- Средина на бременоста (24–32 недели): Следење на еволуцијата на симптомите, дополнителен скрининг кај високоризични жени.

(2) Скрининг по породувањето:

- 6–12 недели постпартално: Проценка на менталното здравје, воведување интервенција доколку е потребно [NICE].
- Следење во тек на една година по породувањето: Дополнителен скрининг за жени со висок ризик

4.3 Скрининг за депресија во перинатален период со Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

4.3.1. Цел и карактеристики на скринингот со EPDS скалата

Единбуршката скала за постнатална депресија (EPDS) е широко валидиран, самооценувачки прашалник наменет за скрининг на депресија за време на бременоста и постпородилниот период. Ова е алатка со 10 прашања, преведена на повеќе јазици и користена глобално за проценка на перинаталното ментално здравје.

EPDS не е дијагностичка алатка, туку служи за идентификација на жени кои можеби имаат потреба од дополнителна проценка и интервенција. Покрај прашањата за проценка на депресивност, содржи подскала за анксиозност (прашања 3, 4 и 5), што ја прави корисна за детекција на депресија и анксиозност која во 28% е коморбидна со депресијата.

Лесна употреба и прифатливост:

- EPDS скалата е едноставна, брза за администрирање и потребни се околу 5 минути за нејзино пополнување.
- Прифатлива е од страна на пациентите и клиничарите, а истражувањата потврдуваат дека е

изводлива во рутинската перинатална нега во сите служби за здравствена грижа.

4.3.2. Начин на администрирање

- Самостојно пополнување/самооценување е препорачано за да се обезбедат искрени одговори без надворешно влијание.
- Доколку самопополнувањето не е возможно (на пр. јазични бариери, дистрес), здравствениот работник може да ја администрира вербално, лично или преку телефон.
- EPDS треба систематски да се користи на повеќе временски точки за време на перинаталниот период.

4.3.3. Толкување на резултатите од EPDS

EPDS СКОР	ИНТЕРПРЕТАЦИЈА	КЛИНИЧКИ ОДГОВОР
10–12	Благи депресивни симптоми	Мониторинг, повторување на EPDS во 2–4 недели, психоедукација.
13–14	Умерени депресивни симптоми	Понатамошна проценка; упатување во служби за ментално здравје.
15–19	Значителни депресивни симптоми	Препорачана специјализирана проценка и интервенција.
≥20	Тешки депресивни симптоми	Итен психијатриски преглед.
Позитивен одговор на Прашање 10 (суицидални идеи)	Висок ризик од самоповредување или штета за новороденчето	Непосредна интервенција и кризна поддршка според локалните протоколи.

Посебни аспекти на скринингот

А. Проценка на суицидален ризик

- Жените кои одговориле потврдно на Прашање 10 (суицидални мисли) мора да бидат преупатени за итна проценка и интервенција.
- Доколку жената има скор меѓу 10 и 12, треба да се повтори EPDS во 2–4 недели, бидејќи симптомите може да еволуираат.
- Скринингот треба да се повтори во било која фаза од бременоста или по породувањето ако е клинички индицирано.

Б. Скрининг за анксиозност со EPDS

- EPDS содржи подскала за анксиозност (прашања 3, 4 и 5).
- Скор ≥5 на овие точки укажува на клинички значајни симптоми на анксиозност, кои бараат понатамошна проценка.
- За подетална проценка на анксиозност, може да се користат GAD-7 или State Trait Anxiety Inventory (STAI-6) заедно со EPDS.

4.3.4. Упатување и следење

Жени со вкупен скор на скалата ≥ 13 треба да бидат упатени за понатамошна психијатриска проценка.

Здравствените работници мора да обезбедат континуирана поддршка и пристап до соодветни третмански стратегии, вклучувајќи психотерапија, фармаколошки третман или кризна интервенција кога е потребно (20).

Единбуршката скала за постнатална депресија (EPDS) е достапна во Анекс 3.

4.4 Насоки за скрининг и проценка на биполарно растројство во перинаталниот период

- Пациентките со биполарно афективно растројство имаат особена вулнерабилност за влошување на психичкото здравје во тек на својата бременост или после породувањето.
- Нагласен ризик за самоповредувачко или самоубиствено однесување, како и инфантицид во склоп на постпартална психоза за која е проценето дека стапките се 100 пати повисоки кај пациентки со БАР во споредба со неафектирана популација (72 – 80% од сите пациентки кои развиваат постпартална психоза).
- Пациентките со БАР имаат повисоки стапки на непланирана бременост

Менаџмент на третманот на БАР во тек на бременоста носи бројни клинички предизвици. Од една страна, тука е потенцијалната тератогеност и постнатални последици од психофармаколошката терапија. Од друга страна пак, нетретираното или несоодветно третираното БАР може да води до неповолни исходи како за мајката така и за плодот, вклучувајќи ризик за изразени афективни епизоди. Одржувањето на овој деликатен баланс при третманот отвора етички дилеми во врска со планирањето на семејство, феталните ризици од лековите наспроти ризикот по мајчиното ментално здравје, автономноста на пациентката наспроти потребата за надгледување кај пациентките со БАР.

Препораки за скрининг

Кај кои жени се препорачува скрининг?

- Сите жени треба да се скринираат најмалку еднаш за време на бременоста, идеално при првата пренатална посета.
- Скринингот е клучен пред започнување на фармакотерапија за депресија или анксиозност за да се спречи манија или психоза индуцирана од антидепресивна терапија.
- Внимателно следење кај жените со историја на нарушувања на расположението, постпартална депресија, психотични симптоми или фамилијарна анамнеза на БАР (3).

Кога да се спроведе скрининг?

- Прва пренатална посета – Рана идентификација на недијагностицирано биполарно растројство.
- Пред започнување антидепресивна терапија – За да се избегне погрешна дијагноза и несоодветен третман.
- Постпартална проценка – Ако се појават симптоми на депресија, потребно е повторно проценување за БАР.

Препорачана скрининг алатка за идентификација на симптоми на биполарно растројство е Mood Disorder Questionnaire (MDQ) , достапна и подетално објаснета во Анекс 4.

5 . КАКО ДА СЕ ПОСТАПИ ПО ДОБИЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОД СКРИНИНГОТ

Табела

Клиничко Постапување според Резултатите од Скринингот

РЕЗУЛТАТ ОД СКРИНИНГ	ТОЛКУВАЊЕ	КЛИНИЧКА РЕАКЦИЈА
Благи симптоми (EPDS 10–12, PHQ-9 5–9, GAD-7 5–9)	Низок до умерен ризик	Едукација, психосоцијални интервенции, следење на симптомите
Умерени до тешки симптоми (EPDS ≥ 13 , PHQ-9 ≥ 10 , GAD-7 ≥ 10)	Висок ризик	Итно упатување за психијатриска проценка, психотерапија, фармакотерапија.
Суицидални идеи (EPDS Q10 или PHQ-9 Item 9 позитивен одговор)	Еминентен ризик	Итна психијатриска помош, кризна интервенција, хоспитализација.

Иако резултатите од прашалниците корелираат со изразеноста на симптоматологијата, скрининг скалите не се дијагностички алатки, туку служат за идентификација на потребата од понатамошна проценка. Имено, истите се алатки кои на здравствените работници кои остваруваат соработка со жените во перинаталниот период им ја покажуваат насоката за понатамошно делување (19), намалувајќи го морбидитетот и морталитетот на оние кои им е неопходна помош. Жените со позитивен скрининг за депресија или анксиозност треба да добијат соодветни ресурси и да бидат упатени на дополнителна проценка, согласно националните протоколи за упатување, каде се спроведува сеопфатна психијатриска евалуација, преку разгледување на:

- Типот, честотата, тежината и времетраењето на тегобите на психички план.
- Индивидуална историја на психички потешкотии, психијатриски третман и ефикасност, суицидални мисли/обиди во минатото.
- Фамилијарна оптеретеност со психијатриски растројства, посебно кај роднините од прво колено.

Диференцијално дијагностички:

- Исклучување на соматска етиологија на презентирачките тегоби, како на пример: тироидна дисфункција, анемија
- Експлорација на употреба/злоупотреба на алкохол и психоактивни супстанции и болести на зависност.

6. КЛУЧНИ СТАВОВИ ВО ИНФОРМИРАЊЕТО И ТРЕТМАНОТ НА НАРУШУВАЊАТА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД:

6.1 Сите жени кои имаат новонастанати, постоечки или историја на психички растројства, треба да се информираат во врска со:

- Планирање на бременоста и контрацептивни методи
- Влијанието на бременоста и раѓањето врз менталното здравје, како и за ризиците од релапс
- Влијанието на психичките потешкотии и третман врз жената, фетусот и бебето
- Како психичките потешкотии и третман можат да се одразат врз родителството

6.2 Пред почетокот на третманот од круцијална важност е:

- Едукација на пациентката за ефектите и можните несакани дејства на психофармаколошките средства во тек на бременост и доење
- Споделените податоци со пациентите мораат да бидат базирани на докази и културолошки адаптирани
- Објаснување на ризиците од нетретирани психички растројства по здравјето на мајката и детето
- Објаснување на ризикот од прекин на третманот
- Негување на подржувачки и емпатичен однос
- Склучување на терапевски договор помеѓу лекарот и пациентката, и договарање на терапевски план

6.3 Третман и препишувањето на психофармаколошката терапија во тек на бременост и после породување :

- Избор на лек со најбезбеден профил и најмал ризик за мајката, фетусот и бебето
- Употреба на најниската ефективна доза (особено кај лекови чии несакани дејства се дозно зависни), но не и субдозирање кое може да го изложи фетусот на ризици а да не ја третира состојбата ефикасно
- Употреба на еден лек кога е тоа возможно, избегнување на користење на повеќе од 2 лека
- Адаптирање на дозите во тек на бременоста
- Доколку е тоа можно, избор на лек со кој бил постигнат добар терапевски одговор кај пациентката во минатото

6.4 Психофармаколошки третман кај депресивни и анксиозни растројства (17)

- ССРИ како прва линија антидепресиви, освен пароксетин, поради зголемен ризик од кардијални дефекти.
- Воведување на оној антидепресив од класата ССРИ којшто и претходно го користела пациентката и имала позитивни резултати со оптимални дози, сè до последните 8 седмици од бременоста кога постепено се намалува дозата или евентуално се исклучува.
- Се препорачува употреба на антидепресиви од класата ССРИ коишто имаат и седативно дејство, како есциталопрам, со цел избегнување на анксиолитици.
- Избегнување анксиолитици во првиот триместар од бременоста.
- Да не се менува антидепресивот од класата ССРИ, освен ако нема ефикасност.
- Антидепресивите од класата СНРИ се препорачуваат како втора линија.

- Во тек на употребата на антидепресивната терапија да се продолжи со психосоциотераписките интервенции.
- Антиепилептиците, како valproate, carbamazepine и lamotrigine, поради нивното психостабилизаторско дејство се користат во третманот на биполарното афективно растројство. При препишување на психофармаколошка терапија или антиепилептици кај девојки и жени во репродуктивен период (вклучувајќи и млади девојчиња кај кои се претпоставува дека третманот би продолжил и во репродуктивниот период) треба да се постапува во склад со препораките за препишување на антиепилептична терапија за време на бременост, заснована на најнови податоци во врска со безбедноста и тератогеноста на лековите.
- Валпроатот, поради докажаното тератогено дејство и високиот ризик од конгенитални и невроразвојни нарушувања кај плодот, не се препишува како акутна или дотогвајна терапија за психички растројства кај девојки и жени во репродуктивен период (вклучувајќи и млади девојчиња кај кои се претпоставува дека третманот би продолжил и во репродуктивниот период), освен кај оние кај кои другите тераписки опции се покажале како неефективни или нетолерабилни, и истите се вклучени во програма за превенција на бременост.
- Поради ризик од срцеви малформации кај плодот не се препорачува употреба на литиум во тек на бременоста, ниту во тек на доењето поради неговото излучување во мајчиното млеко. Во случај на незадоволителен тераписки одговор со антипсихотилна терапија може да се продолжи со терапијата со литиум и притоа:
 - Да се контролираат плазматските концентрации на литиум на 4 седмици, а после 36 гестациска седмица – еднаш седмично до крајот на бременоста.
 - Мониторинг на балансот на течности поради ризик од дехидратација
- Тераписките водичи препорачуваат замена на психостабилизаторите со второгенерациски антипсихотици со редовен мониторинг за телесна тежина, гестациски дијабет, метаболни параметри и пролактин.
- Долгоделувачките депо антипсихотици не се препорачуваат за третман на жени во репродуктивен период

6.5 Доколку пациентка која е бремена примала психофармаколошка терапија со познат тератоген ризик во тек на првиот триместар од бременоста, треба да се превземат следните чекори:

- Потврдување на бременоста
- Објаснување дека прекилот на дадениот психофармаколошки препарат не го исклучува ризикот за фетални малформации
- Да се предложи скрининг за фетални абнормалности и советување околу продолжување на бременоста
- Потреба од континуиран мониторинг во тек на бременоста

6.6 Доење

Сите жени кои се лекуваат со психофармаколошка терапија треба да се информираат околу:

- бенефитите од доењето
- потенцијалните ризици асоцирани со земањето на психофармаколошка терапија за време на доење
- ризиците од прекин на психофармаколошката терапија со цел доење

- опциите за третман кои би овозможиле доење доколку тоа е избор на жената, и поддршка на жените кои се одлучуваат да не го дојат бебето.
- Се препорачува продолжување со доењето и со лекувањето со ССРИ поради важноста не само на процесот на доење туку и за релацијата мајка – дете – вредностите на есциталопрам, сертралин или флуоксетин во мајчиното млеко се или немерливи или сосема ниски и немаат никакво влијание врз бебето.
- Не се препорачува доење доколку се прима литиумови соли, валпроат или карбамазепин.

За подетално советување во врска со бенефитите и потенцијалните ризици од психофармаколошката терапија за време на доење, адаптација на терапијата и влијанието на психофармаколошката терапија врз капацитетите на жената за грижа на детето се препорачува упатување во специјализирани служби за перинатално ментално здравје – Кабинет за третман на жени во тек на бременост и после породување при Универзитетската клиника за психијатрија во Скопје.

6.7 Психолошките интервенции се фундаментални во третманот на нарушувањата на менталното здравје кај жената во перинаталниот период.

- Препорачани: Когнитивно – бихејвиорална терапија, интерперсонална терапија, семејна терапија).
- Индивидуални и групни психосоциотераписки интервенции.
- Психотераписките интервенции заедно со партнерот и/или семејството се насочени кон подобрување на брачните/семејни релации, зајакнување на системот на поддршка и обезбедување на подобар мониторинг и рехабилитација на пациентката.

7. АНЕКС НА ПРЕПОРАЧАНИ СКРИНИНГ АЛАТКИ

7.1 Анекс 1 - Antenatal Risk Questionnaire (ANQR)

ANTENATAL RISK QUESTIONNAIRE (ANRQ)

Name: _____ Today's Date: ____/____/____
Weeks Pregnant: _____ Due date: ____/____/____
Phone (h) _____ (w) _____ (m) _____

This is part of your Antenatal Booking Evaluation and will guide us as to what services we can offer you during your pregnancy. It is confidential information and will remain in your file.
PLEASE COMPLETE ALL ITEMS. Circle numbers 1-6 or tick YES/NO

TOTAL

1. When you were growing up, did you feel your mother was emotionally supportive of you? (If you had no mother circle 6).
1 2 3 4 5 6
very much somewhat not at all [] ☐
2. a) Have you ever had 2 weeks or more when you felt particularly worried, miserable or depressed?
Yes ☐ No ☐ ☐
- b) Do you have any other history of mental health problems?
e.g. eating disorders, psychosis, bipolar disorder, schizophrenia. Please specify: _____
Yes ☐ No ☐ ☐
- If Yes to 2a or 2b, did this:
c) Seriously interfere with your work and your relationships with friends and family?
1 2 3 4 5
not at all somewhat very much ☐
- d) Lead you to seek professional help?
Did you see a: Psychiatrist ☐ Psychologist/Counsellor ☐ GP ☐
(Name of professional) _____
Yes ☐ No ☐ ☐
- e) Did you take tablets/herbal medicine? No ☐ Yes ☐ Please specify: _____
3. Is your relationship with your partner an emotionally supportive one? (If you have no partner circle 6)
1 2 3 4 5 6
very much somewhat not at all [] ☐
4. a) Have you had any stresses, changes or losses in the last 12 months (e.g. separation, domestic violence, unemployment, bereavement)?
Please list: _____
Yes ☐ No ☐ ☐
- b) How distressed were you by these stresses, changes or losses?
1 2 3 4 5
not at all somewhat very much ☐
5. Would you generally consider yourself a worrier?
1 2 3 4 5
not at all somewhat very much ☐
6. In general, do you become upset if you do not have order in your life (e.g. regular time table, a tidy house)?
1 2 3 4 5
not at all somewhat very much ☐
7. Do you feel you have people you can depend on for support with your baby?
1 2 3 4 5
very much somewhat not at all ☐
8. Were you emotionally abused when you were growing up? Yes ☐ No ☐ ☐
9. Have you ever been sexually ☐ or physically ☐ abused? Yes ☐ No ☐ ☐

If you would like to seek some help with any of these issues please discuss this with your midwife or doctor.

ANTENATAL RISK QUESTIONNAIRE (ANRQ)

2. Scoring Instructions for the ANRQ

- i. For items 2a, 2b, 2d, 4, 8, 9:
 - a. **Score Yes=5, No=0** and place the scores in the boxes along the right hand side.
 - b. If answer is "No" do not give a score for the following section (e.g., Q2a, 2b, 4a: If answer is "No" there will be no score for item 2c-e, 4b)
- ii. For items 1, 2c, 3, 4b, 5, 6, 7:
 - c. **Score the number circled** and place the scores in the boxes along the right hand side.
- iii. **Sum all scores** (yes/no and circled answers) and **place total in the box at the top of the questionnaire.**

IMPORTANT

Questionnaires with a "YES" response on any or all of the following:

- **Q2a** – 'YES' to past history of depression AND causing *significant* impairment in social/occupational function (ie scoring 3 or more on Q2c) OR necessitating professional contact (Q2d).
- **Q2b** – 'YES' to past history of any other mental health problems (e.g., eating disorder psychosis, bipolar disorder, schizophrenia)
- **Q8** – relating to emotional abuse
- **Q9** – relating to physical or sexual abuse

Must be considered high risk *irrespective* of the total ANRQ score

- iv. Minimum score is 5; Maximum score is 67
- v. There is *no absolute cut-off score* for the ANRQ, but a score of **23 or more** suggests presence of significant psychosocial risk factors, and consideration of the woman as at significant risk of perinatal mental health problems. Further enquiry is indicated to establish psychosocial care needs and treatment planning.

ANTENATAL RISK QUESTIONNAIRE (ANRQ)

The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) is designed to consider specific key risk factors thought to increase the risk of women developing perinatal mental health morbidity (e.g., postnatal depression or anxiety disorder) and sub-optimal mother-infant attachment. It is copyrighted to Prof Marie-Paule Austin, Royal Hospital for Women, Sydney.

ANRQ Questionnaire components include:

- Past mental health history
- Past history of physical (including domestic violence), sexual or emotional abuse
- Current level of supports
- Relationship with mother and partner
- Anxiety and obsessional levels
- Stressors in the last year (including bereavement, separation etc.).

1. Requirements for the ANRQ

It is essential that the following requirements be adhered to when administering the ANRQ (used in isolation or in combination with the Edinburgh Depression Scale):

- The ANRQ is only intended as an **adjunct to clinical history** taking and is not meant to replace good clinical practice.
- The ANRQ should only be used by appropriately trained staff;
- The ANRQ should be completed toward the end of the interview with the woman in the office at the time, so that any endorsed risk factors can be determined before they leave the Clinic;
- Scores shown below are meant to serve as an indicator of need for support and to aid in the formulation of an appropriate mental health plan.

Се препорачува спроведување на скринингот на првата пренатална посета, и негово повторување при крајот на бременоста, како и во постнаталниот период.

Фактори на ризик што ги проценува ANRQ

ANRQ ги идентификува клучните психосоцијални ризици, вклучувајќи:

- Историја на психички растројства, вклучувајќи депресија, анксиозност, биполарно растројство или шизофренија.
- Историја на траума, како што е емоционално, физичко или сексуално насилство, насилство во тек на детство.
- Актуелна социјална поддршка, вклучително и присуство на партнер и поддржувачка мрежа.
- Изложеност на неодамнешни стресни настани, како семејно насилство, загуба на блиска личност, финансиски потешкотии или значајни животни промени.
- Црти на личноста, како потенцирана загриженост и потреба за контрола, кои можат да укажат на ранливост за перинатални нарушувања на расположението.
- Интерпретација на резултатите од ANRQ
- ANRQ резултат
- Толкување
- Клинички одговор
- < 23
- Нискоризични психосоцијални фактори
- Рутинска грижа, зајакнување на социјалната поддршка.
- ≥ 23
- Значајни психосоцијални ризици
- Дополнителна проценка на менталното здравје, развој на индивидуален психосоцијален план за неа.
- Позитивни одговори на клучни прашања (Q2a, Q2b, Q8, Q9)
- Висок ризик за перинатални ментални нарушувања
- Итно следење и упатување на специјалист за перинатално ментално здравје.

Критериуми за висок ризик

Жените се сметаат за високоризични без разлика на вкупниот резултат доколку одговорот потврдно на следниве прашања:

- Претходна историја на депресија (Q2a) со значително нарушено социјално/работно функционирање.
- Други минати психички растројства (Q2b), како нарушувања во исхраната, психоза, биполарно растројство или шизофренија.
- Историја на емоционално насилство (Q8).
- Историја на физичко или сексуално насилство (Q9).
- Следење и упатување

- Понатамошна психосоцијална проценка е индицирана кај жените со резултат ≥ 23 или позитивни одговори на посочените прашања

Понатамошни интервенции вклучуваат:

Продолжување на скринингот со скрининг алатките наменети за проценка на актуелни психички потешкотии

Упатување кај специјалисти од полето на перинатално ментално здравје.
Психолошко советување или психотерапија за справување со траума и стрес.

Поврзување со социјални програми, вклучувајќи ресурси за семејно насилство, доколку е потребно.

7.2 Анекс 2 - Скрининг за анксиозност во перинатален период со Generalized Anxiety Disorder скалата (GAD-7)

ID

GAD-7

Колку често во последните **2** недели сте се чувствувале непријатно поради:
(Одберете го одговорот кој најдобро ве опишува)

	ВООПШТО НЕ МЕ ОПТЕРЕТУВА	НЕКОЛКУ ДЕНА	ПОВЕЌЕ ОД ПОЛОВИНА ОД ВРЕМТО	РЕЧИСИ СЕКОЈДНЕВНО
Чувство на напнатост, анксиозност или вознемиреност	0	1	2	3
Не успевам да ја запрам или контролирам загриженоста	0	1	2	3
Прекумерна грижа за различни работи	0	1	2	3
Тешко се опуштам	0	1	2	3
Не можам да се смирам на едно место поради чувството на немир	0	1	2	3
Лесно може да се изнервирам или раздразнам.	0	1	2	3
Непријатно претчувство и страх како да ќе се случи нешто лошо...	0	1	2	3

Развиена од Др. Роберт Л. Спицер, Џенет Б.В. Вилијамс, Курт Кроенке и колегите, со образовен грант од Pfizer Inc.

- GAD-7 е едноставна, валидирана и високо ефикасна алатка за идентификација и следење на симптомите на анксиозност за време на бременоста и постпородилниот период .
- Тоа е краток, ефикасен и сигурен инструмент, широко применуван во клинички и истражувачки средини.

Начин на администрирање

- Само-пополнување за точни и непристрасни одговори.
- Вербална администрација од страна на егземинаторот
- Може да се користи во примарна здравствена заштита, акушерство и ментално здравје.

Интерпретација на GAD-7 резултатите

РЕЗУЛТАТ	ИНТЕРПРЕТАЦИЈА	КЛИНИЧКИ ОДГОВОР
5–9	Благи симптоми на анксиозност	Следење на симптомите, психоедукација, повторна проценка доколку е потребно.
10–14	Умерени симптоми на анксиозност	Понатамошна евалуација; разгледување на упатување кон ментални здравствени услуги.
≥15	Тешки симптоми на анксиозност	Препорака за итна психијатриска проценка и интервенција.

Упатување и Следење

- GAD-7 резултат ≥10: Упатување за понатамошна проценка на менталното здравје.
- GAD-7 резултат ≥15: Итна психијатриска проценка е препорачана.

7.3 Анекс 3 - Препорачана алатка за скрининг на перинатална депресија - Единбуршка скала за постнатална депресија (EPDS)

ID

--	--	--	--

ЕДИНБУРГСКА СКАЛА ЗА ПОСТНАТАЛНА ДЕПРЕСИЈА

Датум на раѓање: _____

Датум на раѓање на бебето: _____

Бидејќи сте бремена или неодамна сте родиле бебе, би сакале да знаеме како се чувствувате. Ве молиме, проверете го одговорот што е најблиску до тоа како сте се чувствувале **во последните 7 ДЕНА**, не само како се чувствувате денес. Еве еден пример, веќе завршен:

Се чувствував среќно:

- ☒ Да, цело време (постојано)
- ☐ Да, поголемиот дел од времето
- ☐ Не, не многу често
- ☐ Не, воопшто

Ова би значело: „Се чувствував среќно поголемиот дел од времето“ во текот на изминатата недела. Ве молиме, пополнете ги и другите прашања на ист начин.

Во изминатите 7 дена:

1. Можев да се смеам и да ја видам смешната страна на нештата

- ☐ Секогаш кога што можев
- ☐ Сега не толку многу
- ☐ Дефинитивно помалку од порано
- ☐ Воопшто не

2. Со задоволство гледав на нештата

- ☐ Како и секогаш
- ☐ Доста помалку од порано
- ☐ Дефинитивно помалку од порано
- ☐ Скоро воопшто

3. Непотребно се обвинував себеси кога работите тргнаа наопаку

- ☐ Да, поголемиот дел од времето
- ☐ Да, некое време
- ☐ Не многу често
- ☐ Не, никогаш

4. Бев вознемирена или загрижена без причина

- ☐ Не, воопшто
- ☐ Ретко кога
- ☐ Да, понекогаш
- ☐ Да, многу често

5. Се чувствував исплашено или во паника без причина

- ☐ Да, доста често
- ☐ Да, понекогаш
- ☐ Не, не многу често
- ☐ Не, воопшто

6. Не можев да се справувам со работите (проблемите)

- ☐ Да, поголемиот дел од времето воопшто не бев во можност да се справам
- ☐ Да, понекогаш не се справував како и обично
- ☐ Не, поголемиот дел од времето се справував доста добро
- ☐ Не, се справував како и секогаш

7. Бев толку несреќна што имав потешкотии во спиењето

- ☐ Да, поголемиот дел од времето
- ☐ Да, понекогаш
- ☐ Не многу често
- ☐ Не, воопшто

8. Се чувствував тажно или несреќно

- ☐ Да, поголемиот дел од времето
- ☐ Да, доста често
- ☐ Не многу често
- ☐ Не, воопшто

9. Бев толку несреќна што плачев

- ☐ Да, скоро цело време
- ☐ Да, многу често
- ☐ Само повремено
- ☐ Не, никогаш

10. Ми доаѓаа мисли да се повредам себеси

- ☐ Да, доста често
- ☐ Да, понекогаш
- ☐ Ретко кога
- ☐ Никогаш

Прашалникот е спроведен / прегледан

од _____ Датум _____

7.4 Анекс 4 - Препорачани алатки за скрининг за биполарни растројства Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Name: _____ Date: _____

Instructions: Check (✓) the answer that best applies to you.

Please answer each question as best you can.

	Yes	No
1. Has there ever been a period of time when you were not your usual self and...		
...you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self or you were so hyper that you got into trouble?	☐	☐
...you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?	☐	☐
...you felt much more self-confident than usual?	☐	☐
...you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?	☐	☐
...you were much more talkative or spoke faster than usual?	☐	☐
...thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down?	☐	☐
...you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?	☐	☐
...you had much more energy than usual?	☐	☐
...you were much more active or did many more things than usual?	☐	☐
...you were much more social or outgoing than usual, for example, you telephoned friends in the middle of the night?	☐	☐
...you were much more interested in sex than usual?	☐	☐
...you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish, or risky?	☐	☐
...spending money got you or your family in trouble?	☐	☐
2. If you checked YES to more than one of the above, have several of these ever happened during the same period of time? <i>Please check 1 response only.</i>	☐	☐
3. How much of a problem did any of these cause you — like being able to work; having family, money, or legal troubles; getting into arguments or fights? <i>Please check 1 response only.</i>		
☐ No problem ☐ Minor problem ☐ Moderate problem ☐ Serious problem		
4. Have any of your blood relatives (ie, children, siblings, parents, grandparents, aunts, uncles) had manic-depressive illness or bipolar disorder?	☐	☐
5. Has a health professional ever told you that you have manic-depressive illness or bipolar disorder?	☐	☐

This questionnaire should be used as a starting point. It is not a substitute for a full medical evaluation. Bipolar disorder is a complex illness, and **an accurate, thorough diagnosis can only be made through a personal evaluation by your doctor.**

Adapted from Hirschfeld R, Williams J, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1873-1875.

This instrument is designed for screening purposes only and is not to be used as a diagnostic tool.

How to Use

The questionnaire takes less than 5 minutes to complete. Patients simply check the yes or no boxes in response to the questions. The last question pertains to the patient's level of functional impairment. The physician, nurse, or medical staff assistant then scores the completed questionnaire.

How to Score

Further medical assessment for bipolar disorder is clearly warranted if patient:

- Answers *Yes* to 7 or more of the events in question #1

AND

- Answers *Yes* to question #2

AND

- Answers *Moderate problem* or *Serious problem* to question #3

- Прашалник за самопополнување, валидиран прашалник.
- Висока сензитивност при гранична вредност од 7+ симптоми.
- Ефикасен за откривање на симптоми на биполарност, но не и дијагностички, потребна е понатамошна клиничка проценка.

Интерпретација на резултатите од скринингот и клинички насоки за постапување

Позитивен резултат на MDQ

- Итно упатување до специјалист за ментално здравје за целосна проценка.
- Будно следење за постпартална психоза, особено кај жени со висок ризик.

Негативен резултат, но при постоење на сомнеж од страна на клиничарот

- Продолжено клиничко следење, особено постпартално, кога симптомите може да се појават за првпат.
- Повторен скрининг при наредна бременост.

Жените со високи EPDS резултати (>19) имаат поголема веројатност за основно биполарно растројство.

MQ-36188 3000129717

8. РЕФЕРЕНЦИ:

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO; 2013.
2. Holopainen A, Hakulinen T. Mental health disorders in pregnancy and postpartum: A clinical overview. *J Perinatal Med.* 2020;48(3):235–42.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Optimizing postpartum care: ACOG Committee Opinion No. 736.* Obstet Gynecol. 2023;137(1):e1–e9.
4. Kroh SJ, Lim G. Perinatal depression. *Int Anesthesiol Clin.* 2021 Jul 1;59(3):45–51. doi:10.1097/AIA.0000000000000325. PMID: 34001697; PMCID: PMC8187301
5. 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. doi:10.1016/s0140-6736(14)61278-2
6. Matevosyan, N.R. Reproductive Health in Women with Serious Mental Illnesses: A Review. *Sex Disabil* 27, 109–118 (2009). <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9114-3>
7. Coverdale, J., Balon, R., Beresin, E.V. et al. Family Planning and the Scope of the “Reproductive Psychiatry” Curriculum. *Acad Psychiatry* 42, 183–188 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0884-8>
8. Marengo, E., Martino, D. J., Igoa, A., Scápola, M., Fassi, G., Baamonde, M. U., & Strejilevich, S. A. (2015). Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 178, 201–205. doi:10.1016/j.jad.2015.02.033
9. Vieira da Silva Magalhães, P., Kapczinski, F. & Kauer-Sant’Anna, M. Use of contraceptive methods among women treated for bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health* 12, 183–185 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0060-y>
10. Clare L. Taylor, Matthew Broadbent, Mizanur Khondoker, Robert J. Stewart, Louise M. Howard, Predictors of severe relapse in pregnant women with psychotic or bipolar disorders, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 104, 2018, Pages 100–107, ISSN 0022-3956, <https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chires.2018.06.019>.
11. World Health Organization. Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340533/WHO-FWC-MCA-13.02-eng.pdf?sequence=1>
12. Catalao R, Mann S, Wilson C, Howard LM. Preconception care in mental health services: planning for a better future. *The British Journal of Psychiatry.* 2020;216(4):180–181. doi:10.1192/bjp.2019.209.
13. World Health Organization. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: meeting report and packages of interventions. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505000>
14. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(5):315–23.
15. Bajraktarov S, Arsova S, Daneva Markova A, Mitrovska S, Milutinovic M, Aleksioska Papestiev I, Filipce A, Jovanovski V. *The influence of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women in North Macedonia.* Skopje: Macedonian Academy of Sciences and Arts; 2023. UNICEF; 2023. Достапно на: <https://www.unicef.org/northmacedonia/media/12506/file>
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.* London: NICE; 2020.
18. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *J Obstet Gynaecol Can.* 2023;46(10):548–63.

19. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. J Obstet Gynaecol Can. 2024 Oct;46(10):102696. doi:10.1016/j.jogc.2024.07.010.
20. Highet NJ, Expert Working Group, Expert Subcommittees. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence (COPE); 2023.

АВТОРИ:

Проф. д-р Глигор Тофоски – специјалист по гинекологија и акушерство

Проф. д-р Славица Арсова – специјалист психијатар

Проф. д-р Ирена Алексиоска Папестиев- специјалист по гинекологија и акушерство

Проф. д-р Ана Данева Маркова- специјалист по гинекологија и акушерство

Доц. д-р Маја Котева- гинеколог- специјалист по гинекологија и акушерство

Д-р Костадинка Ѓорѓиоска- специјалист по гинекологија и акушерство

Д-р Стефанија Митровска- специјализант по психијатрија

*Оваа публикација е реализирана со финансиска поддршка на Канцеларијата на
Фондот за население на Обединетите нации во Република Северна Македонија*

