



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Medicina

Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika

Urtė Kavaliauskaitė, VI kursas, 9 grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Pogimdyminės psichozės – paplitimas, klinika, gydymas

Postpartum Psychosis: Prevalence, Psychopathology and Treatment

Darbo vadovas: prof. dr. Alvydas Navickas

Klinikos vadovė: prof. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: urte.kavaliauskaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. ĮVADAS.....	7
2. DARBO METODIKA	7
3. REZULTATAI.....	8
3.1. Paplitimas	8
3.2. Klinika.....	9
3.2.1. Rizikos veiksniai ir etiologija	9
3.2.2. Simptomai	14
3.2.3. Pogimdyminės psichozės klasifikavimo spragos ir jų teisiniai padariniai	17
3.2.4. Diagnostika	18
3.2.5. Pogimdyminio laikotarpio psichikos sutrikimų diferencinė diagnostika	22
3.2.6. Pogimdyminės depresijos su psichozės simptomais klinikinis atvejis: filicidas ir nepakaltinamumas	24
3.3. Gydymas.....	27
3.3.1. Stacionarinis gydymas	28
3.3.2. Farmakologinis gydymas	28
3.3.3. Elektrokonvulsinė terapija	30
3.3.4. Profilaktinis gydymas	31
3.3.5. Gydymas krūtimi maitinančioms moterims.....	31
3.3.6. Psichosocialinė pagalba	33
4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS.....	34
5. IŠVADOS	35
6. REKOMENDACIJOS.....	35
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	37

SANTRUMPOS

ALT – alanininė aminotransferazė
anti-NMDA – anti-N-methyl-D-aspartatas
anti-TPO – antikūnai prieš skydliaukės peroksidazę
AST – asparagininė aminotransferazė
BK – baudžiamasis kodeksas
BS – bipolinis sutrikimas
DSM – psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas
EKT – elektrokonvulsinė terapija
EPDS – Edinburgo pogimdyvinės depresijos skalė
IL – interleukinas
KT – kompiuterinė tomografija
MRT – magnetinio rezonanso tomografija
OKS – obsesinis-kompulsinis sutrikimas
PD – pogimdyminė depresija
PP – pogimdyminė psichozė
PTSS – potrauminio streso sutrikimas
SKD – santykinė kūdikio dozė
TLK – tarptautinė statistinė ligų ir susijusių sveikatos problemų klasifikacija
TSH – tirotrypinis hormonas

SANTRAUKA

Pogimdyminė psichozė yra reta, tačiau labai pavojinga psichikos sveikatos būklė, kelianti riziką motinai, kūdikiui bei kitiems šeimos nariams. Siekiant išvengti tragiškų pasekmių, įskaitant motinos savižudybę ir infanticidą, labai svarbu laiku atpažinti šią būklę ir pradėti jos gydymą. Dėl skirtingo pasireiškimo pogimdyminę psichozę atpažinti gali būti sudėtinga, todėl būtina suprasti šios būklės simptomus bei pasireiškimo ypatumus. Laiku diagnozavus ir pradėjus tinkamą gydymą, pogimdyminė psichozė pasižymi gera prognoze, todėl svarbu išsiaiškinti, kurie gydymo metodai yra veiksmingiausi ir kaip juos taikyti, siekiant gauti geriausius rezultatus.

Darbo tikslas: atlikti išsamią literatūros apžvalgą, siekiant įvertinti pogimdyminės psichozės paplitimą, kliniką ir gydymą.

Darbo metodika: atlikta išsami literatūros paieška elektroninėse duomenų bazėse *PubMed* ir *Google Scholar*. Atrinkti 76 literatūros šaltiniai parašyti lietuvių arba anglų kalbomis ir paskelbti 1998–2025 m. Taip pat analizuotas vienas klinikinis atvejis.

Rezultatai: Pogimdyminė psichozė pasireiškia 1–2 iš 1000 gimdymų ir yra itin pavojinga psichikos būklė. Didžiausia rizika gresia moterims, turinčioms bipolinio sutrikimo ar ankstesnės pogimdyminės psichozės diagnozę. Pogimdyminė psichozė gali pasireikšti manijos arba mišriais epizodais, depresija su psichozės simptomais arba neafektinės psichozės epizodais. Taip pat gali pasireikšti kognityvinių funkcijų sutrikimai bei kilti suicidinės ar infanticidinės mintys. Ši būklė dažniausiai reikalauja hospitalizacijos, o geriausi rezultatai pasiekiami gydant moterį specializuotuose skyriuose kartu su naujagimiu. Gydymas priklauso nuo vyraujančių simptomų bei individualių moters poreikių. Daugiausia įrodymų turintys medikamentai yra litis ir antipsichoziniai vaistai. Esant sunkiai būklei naudinga taikyti elektrokonvulsinę terapiją.

Išvados: Pogimdyminė psichozė yra reta, tačiau sunki psichikos būklė, kuri iki šiol lieka nepakankamai ištirta. Nepaisant grėsmės, keliamos motinos ir kūdikio gyvybei, vis dar nėra sukurta visuotinai pripažintų diagnostikos kriterijų, o didelė dalis sveikatos priežiūros specialistų apie šią būklę neturi pakankamai žinių – tai kelia pavojų pavėluotam būklės atpažinimui. Pogimdyminė psichozė dažnai reikalauja hospitalizacijos, dėl kurios motina atskiriama nuo kūdikio – tai gali neigiamai paveikti jų sveikatą ir emocinį ryšį. Nors kai kuriose šalyse veikia specializuoti skyriai, kuriuose motinos gali būti gydomos kartu su naujagimiais, jų vis dar trūksta daugelyje pasaulio šalių, įskaitant ir Lietuvą. Vis dėlto, nepaisant ligos sunkumo, laiku pradėtas gydymas dažniausiai lemia gerus sveikimo rezultatus.

Raktažodžiai: pogimdyminė psichozė, paplitimas, etiologija, simptomai, diagnozė, gydymas.

SUMMARY

Postpartum psychosis is a rare but serious mental health condition that poses risks to the mother, baby, and other family members. To prevent tragic outcomes such as maternal suicide or infanticide, early recognition and prompt treatment are essential. Due to the different manifestations, recognizing postpartum psychosis can be difficult, therefore, it is necessary to understand the symptoms of this condition and the characteristics of its manifestation. With timely diagnosis and initiation of appropriate treatment, postpartum psychosis has a good prognosis, so it is important to find out which treatment methods are most effective and how to apply them to obtain the best results.

Objective of the Study: to conduct a comprehensive literature review to assess the prevalence, psychopathology, and treatment of postpartum psychosis.

Methods: a comprehensive literature search was conducted using the electronic databases PubMed and Google Scholar. A total of 76 literature sources written in Lithuanian or English and published between 1998 and 2025 were selected. One clinical case was also analyzed.

Results: Postpartum psychosis occurs in 1–2 out of 1,000 births and is a very dangerous mental condition. Women with bipolar disorder or a previous diagnosis of postpartum psychosis are at greatest risk. Postpartum psychosis can manifest as manic or mixed episodes, depression with psychotic symptoms, or episodes of non-affective psychosis. Cognitive impairment and suicidal or infanticidal thoughts may also occur. Hospitalization is usually required, with the best outcomes in mother-baby units. Treatment depends on the predominant symptoms and the individual needs of the woman. The medications with the most evidence are lithium and antipsychotics. In severe cases, electroconvulsive therapy is useful.

Conclusions: Postpartum psychosis is a rare but serious mental condition that remains under-researched. Despite posing a threat to both mother and baby, there are still no universally accepted diagnostic criteria, and many healthcare professionals lack sufficient knowledge about this condition, which poses a risk of delayed recognition. Postpartum psychosis often requires hospitalization, which separates the mother from her baby, which can negatively affect their health and emotional bond. While some countries have specialized mother-baby units, such facilities are still absent in many parts of the world, including Lithuania. However, despite the severity of the disease, timely treatment usually leads to good recovery outcomes.

Keywords: postpartum psychosis, prevalence, etiology, symptoms, diagnosis, treatment.

1. ĮVADAS

Nėštumas ir pogimdyminis laikotarpis yra sudėtingas gyvenimo etapas, kurio metu moteriai gali kilti įvairių iššūkių, įskaitant padidėjusią pogimdyminių psichikos sutrikimų riziką [1]. Su gimdymu susiję psichikos sutrikimai apima pogimdyminę melancholiją (angl. *baby blues*), pogimdyminę depresiją (PD), nerimą, obsesinį-kompulsinį sutrikimą (OKS), potrauminio streso sutrikimą (PTSS) bei išskirtinai pavojingą būklę – pogimdyminę psichozę (PP) [1, 2]. PP pasireiškia 1–2 iš 1000 moterų po gimdymo ir gali greitai vystytis bei sukelti pavojų tiek motinos, tiek kūdikio gyvybei. Šiai būklei yra būdingi ne tik psichoziniai simptomai, bet ir nuotaikos bei pažintinių funkcijų sutrikimai. Simptomai dažniausiai pasireiškia per pirmąsias dvi savaites po gimdymo bei reikalauja greitos diagnostikos ir laiku pradėto gydymo [3].

Pogimdyminė psichozė yra laikoma reikšminga klinicine ir visuomenės sveikatos problema. Šis sutrikimas ne tik didina motinos savižudybės ir infanticido riziką bei daro neigiamą įtaką vaiko raidai, tačiau taip pat yra susijęs su didelėmis ekonominėmis išlaidomis [4]. Papildomų iššūkių kelia ir tai, jog PP nėra pripažįstama kaip atskiras sutrikimas DSM-5 (Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas), TLK-10 ir TLK-11 (Tarptautinė statistinė ligų ir susijusių sveikatos problemų klasifikacija) klasifikacijose. Dabartiniai diagnostikos kriterijai pogimdyminę psichozę prilygina kitoms psichozėms arba nuotaikos sutrikimams, o tai apsunkina šio sutrikimo klasifikavimą bei kelia riziką rimtoms teisinėms problemoms [5].

Šios literatūros apžvalgos tikslas – įvertinti pogimdyminės psichozės paplitimą, kliniką ir gydymą.

2. DARBO METODIKA

Atlikta išplėstinė literatūros apžvalga, remiantis paskelbtais duomenimis apie pogimdyminės psichozės paplitimą, kliniką ir gydymą. Atlikta išsami paieška elektroninėse duomenų bazėse *PubMed* ir *Google Scholar*, naudojant pagrindinius raktinius žodžius bei jų derinius anglų kalba: *postpartum psychosis*, *prevalence*, *etiology*, *symptoms*, *diagnosis*, *treatment*. Atrinkti 76 literatūros šaltiniai, parašyti lietuvių arba anglų kalbomis. Visi šaltiniai paskelbti laikotarpiu nuo 1998 iki 2025 m., tačiau didžiąją dalį šaltinių sudaro per pastarąjį dešimtmetį publikuoti darbai. Taip pat analizuotas vienas klinikinis atvejis.

3. REZULTATAI

3.1. Paplitimas

Pogimdyminė psichozė pasireiškia retai, tačiau dėl galimų rimtų pasekmių ji yra laikoma svarbia visuomenės sveikatos problema [6]. Literatūroje dažniausiai nurodomas PP paplitimas – nuo 1 iki 2 iš 1000 gimdymų (0,1–0,2 %) [6]. Pirmą kartą gyvenime pasireiškiančios PP paplitimas svyruoja nuo 0,25 iki 0,6 iš 1000 gimdymų [7]. Tuo tarpu kiti psichikos sutrikimai pogimdyminiu laikotarpiu pasitaiko žymiai dažniau: pogimdyminės melancholijos paplitimas siekia apie 39 % [2], pogimdyminės depresijos ir OKS – po maždaug 17 % [8, 9], pogimdyminio PTSS – apie 4 % [10], o pogimdyminio nerimo – nuo 13 % iki 40 % [11].

Nors bendras PP paplitimas yra nedidelis, pirmosios afektinės psichozės išsivystymo rizika per pirmąsias keturias savaites po gimdymo yra net 23 kartus didesnė nei bet kuriuo kitu moters gyvenimo laikotarpiu. Dėl šios priežasties šiuo laikotarpiu itin svarbu stebėti moterų emocinę ir psichinę būklę, kad sutrikimas būtų pastebėtas kuo anksčiau [7].

PP paplitimas nagrinėjamas Vanderkruik ir bendraautorių sisteminėje apžvalgoje, į kurią buvo įtraukti šeši atrankos kriterijus atitikę tyrimai (žr. 1 lentelę). Trijuose tyrimuose, iš kurių du buvo atlikti Švedijoje ir vienas Danijoje, buvo nagrinėjami nacionaliniai gimimo registrai. Ketvirtasis, atliktas Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV), naudojo duomenis iš nacionaliniu mastu reprezentatyvios namų ūkių apklausos. Penktasis buvo atliktas Olabisi Onabanjo universiteto ligoninėje, Nigerijoje, o šeštasis – bendruomenės lygiu Maharaštros valstijoje, Indijoje. Penkiuose tyrimuose buvo vertinamas pirminis sergamumas (angl. *incidence*), kuris tarp įtrauktų tyrimų svyravo nuo 0,89 iki 2,6 iš 1000 gimdymų ir atitiko dažnai naudojamą paplitimo rodiklį – 1–2 iš 1000 gimdymų. Mažiausias sergamumas buvo nustatytas Danijoje atliktame didelės imties tyrime (0,89 iš 1000), o didžiausias – mažiausios imties tyrime, vykdytame Indijoje (2,6 iš 1000). Vienas tyrimas, atliktas JAV, pateikė PP antrinio sergamumo (angl. *prevalence*) rodiklius, siekiančius 5 atvejus iš 1000 gimdymų. Didesniam nustatytam paplitimui galėjo turėti įtakos tai, jog tyrime buvo remiamasi moterų savarankiškai praneštais duomenimis, o tyrimo laikotarpis apėmė visus metus po gimdymo. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad minėtoje sisteminėje apžvalgoje kriterijus atitikusių tyrimuose PP apibrėžimai, vertinimo metodai ir laikotarpiai skyrėsi. Tai kelia sunkumų vertinant pasaulinę PP naštą bei lyginant rodiklius tarp šalių [6]. Šiuo metu epidemiologinių tyrimų, vertinančių pogimdyminės psichozės paplitimą Lietuvoje, nėra.

1 lentelė. Pogimdyminės psichozės paplitimas

Autorius	Šalis	Imties dydis	Pirminis/antrinis sergamumas
Adefuye ir kt. [12]	Nigerija	9 085	Pirminis sergamumas: 2,5 iš 1000
Bang ir kt. [13]	Indija	772	Pirminis sergamumas: 2,6 iš 1000
Nager ir kt. [14]	Švedija	1 133 368	Pirminis sergamumas: 1,2 iš 1000
Terp ir kt. [15]	Danija	1 270 117	Pirminis sergamumas: 0,89 iš 1000
Valdimarsdóttir ir kt. [16]	Švedija	745 596	Pirminis sergamumas: 1,2 iš 1000
Vesga-López ir kt. [17]	JAV	43 093	Antrinis sergamumas: 5 iš 1000

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

3.2. Klinika

Pogimdyminė psichozė – tai itin pavojingas psichikos sutrikimas, dažniausiai pasireiškiantis per pirmąsias dvi savaites po gimdymo [4]. Ši būklė kelia grėsmę ne tik motinos, bet ir kūdikio bei likusios šeimos sveikatai ir gyvybei, todėl, siekiant išvengti neigiamų pasekmių, PP svarbu diagnozuoti kaip įmanoma anksčiau. Vis dėlto, dėl simptomų įvairovės, aiškių diagnostinių kriterijų trūkumo ir nepakankamo visuomenės bei sveikatos priežiūros specialistų informuotumo, tai padaryti kartais gali būti sudėtinga [5, 7, 18]. Šiame skyriuje pateikiamos dabartinės žinios apie pogimdyminės psichozės kliniką – nagrinėjami etiologiniai ir rizikos veiksniai, simptomų pasireiškimas, klasifikavimo iššūkiai ir diagnostikos ypatumai. Taip pat aptariamas pogimdyminės depresijos su psichozės simptomais klinikinis atvejis.

3.2.1. Rizikos veiksniai ir etiologija

Yra žinoma, kad pogimdyminę psichozę sukelia sudėtingas biologinių, aplinkos ir kultūrinių veiksnių derinys, tačiau tikslūs šio sutrikimo patofiziologiniai mechanizmai vis dar išlieka neaiškūs ir nepakankamai ištirti [5]. Dabartiniai tyrimai rodo, kad PP atsiradimui didžiausią įtaką daro hormonų pokyčiai, imuninės sistemos disbalansas, miego trūkumas ir genetinis polinkis [4]. Didesnę riziką susirgti PP turi moterys, turinčios psichikos sutrikimų. Didžiausia rizika kyla toms, kurios anamnezėje turi bipolinio sutrikimo (BS) diagnozę arba jau patyrė PP po ankstesnių gimdymų. Taip pat didesnė rizika gresia moterims, turinčioms šizoafektinį sutrikimą, šizofreniją, psichozės ar bipolinio sutrikimo šeimos istoriją bei

nutraukusioms psichiką veikiančių vaistų vartojimą nėštumo metu [19, 20]. Nors psichikos ligų buvimas yra rizikos veiksnys, PP gali paveikti ir moteris, neturinčias jokio psichikos sutrikimo. Apytiksliai 40 % moterų, kurioms buvo diagnozuota PP, iki tol nesirgo jokia kita sunkia psichikos liga – tai vadinama izoliuota pogimdyvine psichoze [5].

3.2.1.1. Bipolinis sutrikimas

Bipolinis afektinis sutrikimas – tai lėtinis psichikos sutrikimas, kuriam būdingi pasikartojantys nuotaikos ir energijos svyravimai [21]. Moterys, sergančios bipoliniu sutrikimu (ypač I tipo BS), pasižymi padidėjusia rizika susirgti PP [22]. Be to, pirmą kartą pogimdyminiu laikotarpiu pasireiškusi psichoze ar manija dažnai retrospektyviai pripažįstama kaip pradinis visą gyvenimą trunkančio BS epizodas [20]. Dėl panašios klinikinės eigos, išilginio pobūdžio ir ryšio su asmenine bei šeimos BS istorija, PP įprastai yra vertinama kaip atskiras sutrikimas bipolinio sutrikimo spektre [23, 24].

BS recidyvo rizika moterims po gimdymo įvertinta Conejo-Galindo ir bendraautorių sisteminėje apžvalgoje, į kurią buvo įtraukta 16 tyrimų, iš viso apimančių 6064 gimdymus. Nustatyta, kad bendra BS atkryčio rizika siekė 36,77 %, o didesnės imties tyrimuose (>1000 gimdymų) rizika buvo dar didesnė ir siekė 36–45 % [25]. BS recidyvo riziką pogimdyminiu laikotarpiu reikšmingai sumažina profilaktinis vaistų vartojimas nėštumo metu [20].

3.2.1.2. Buvęs pogimdyminės psichozės epizodas

Didesnę pogimdyminės psichozės riziką turi moterys, jau patyrusios šį sutrikimą po ankstesnių gimdymų. Wesseloo ir bendraautorių metaanalizėje buvo analizuojami 13 tyrimų, nagrinėjusių PP recidyvą. Trijuose iš jų pacientės buvo patyrusios izoliuotą pogimdyminę psichozę, o likusiuose – prieš PP arba po jos, galėjo pasireikšti ir BS epizodas. Bendra recidyvo rizika po kito gimdymo PP patyrusioms pacientėms siekė 31 %. Lyginant su pacientėmis, kurios anamnezėje turėjo diagnozuotą BS, izoliuotą PP patyrusios pacientės turėjo didesnę riziką ateityje patirti sunkų pogimdyminio recidyvo epizodą.

Skirtingai nei moterims, turinčioms BS diagnozę, izoliuotą PP patyrusioms moterims sekančio nėštumo metu profilaktinis gydymas nėra rekomenduojamas. Šiuo atveju, siekiant sumažinti atkryčio riziką, rekomenduojama profilaktiką pradėti iš karto po gimdymo, taip išvengiant vaistų poveikio vaisiui [20].

3.2.1.3. Akušerinės komplikacijos gimdymo metu

Naujausi duomenys rodo, kad PP gali būti susijusi su traumuojančia gimdymo patirtimi, kurią sukelia gimdymo metu įvykusios komplikacijos, tokios kaip stiprus kraujavimas prieš gimdymą arba po jo, eklampsija, preeklampsija, cezario pjūvio operacija, miego trūkumas, pogimdyminis sepsis, gretutinė COVID-19 infekcija, gimdymo kanalo traumos, placentos atsiskyrimas ir gimdos plyšimas.

Nguyen ir kolegos sisteminėje apžvalgoje siekė ištirti gimdymo komplikacijų įtaką izoliuotos PP pasireiškimui. Apžvalgos rezultatai buvo prieštaringi: vienuose tyrimuose buvo nustatyta, jog gimdymo metu įvykusios komplikacijos turėjo įtakos PP atsiradimui, tuo tarpu kiti tyrimai šio ryšio neatskleidė. Siekiant tobulinti pažeidžiamų moterų PP prevencijos ir gydymo strategijas, apžvalgoje pabrėžiama tolesnių tyrimų su didesniu imties dydžiu svarba [26].

Traumuojančios gimdymo patirties poveikis PP išsivystymui moterims, sergančioms BS, atskleidžiamas Antoniou ir bendraautorijų klinikinėje atvejo analizėje. Analizėje aprašytas atvejis, kai pirmą kartą gimdanti moteris, kuriai BS iki tol nebuvo diagnozuotas, skubios Cezario pjūvio operacijos metu patyrė ūmią psichozę, po kurios išsivystė manija. Pacientei pasireiškė paranoja ir kliesdėsiai, ji pradėjo agresyviai elgtis – dėl to jai prireikė skubios psichiatrinės intervencijos. Po gimdymo pacientė patyrė depresiją, kaltės jausmą ir nerimą, atspindintį traumuojančios gimdymo patirties psichologinį poveikį [27].

3.2.1.4. Sutrikęs miegas

Sutrikęs miegas perinataliniu laikotarpiu yra dažnas reiškinys, kurį gali lemti gimdymas, moters hormoniniai pokyčiai, kūno diskomfortas ir kūdikio priežiūra [28, 29]. Nors tyrimų šia kryptimi vis dar trūksta, nustatytas galimas ryšys tarp sutrikusio miego, ypač nemigos ir miego trūkumo ar sutrikdymo perinataliniu laikotarpiu, ir pogimdyminės psichozės. Pagrindiniai rizikos veiksniai, galintys lemti sutrikusio miego ir PP ryšį, yra BS diagnozė bei naktinis arba ilgai trunkantis gimdymas [29].

Ryšys tarp miego sutrikimo perinataliniu laikotarpiu ir PP moterims, sergančioms BS, buvo analizuojamas Perry ir kolegų išilginiame tyrime. 76 moterys, sergančios I tipo arba šizoafekciniu BS, buvo stebimos nuo 12 nėštumo savaitės iki 12 savaičių po gimdymo. Moterims, gimdymo laikotarpiu netekusioms bent vienos nakties miego, PP tikimybė padidėjo penkis kartus. Tuo tarpu miego kokybė vėlyvojo nėštumo metu su PP susijusi nebuvo [30].

Didesnę tikimybę patirti PP epizodą turi BS diagnozę turinčios moterys, kurios įprastai jautriai reaguoja į miego trūkumą. Lewis ir kt. tyrime, kuriame dalyvavo 870 pagimdžiusių ir BS diagnozę turinčių moterų, buvo nustatyta, jog tos moterys, kurios pranešė apie miego praradimą kaip ankstesnių manijos epizodų priežastį, dvigubai dažniau patyrė PP, lyginant su moterimis, kurios miego trūkumo nepaminėjo. Tai rodo, kad nepogimdyminiu laikotarpiu miego sutrikimo sukelta manija gali būti svarbus padidėjusios PP rizikos rodiklis [31].

3.2.1.5. Pirmas gimdymas

Pirmą kartą gimdančios moterys, turinčios I tipo BS, turi didesnę riziką patirti PP – šiai moterų grupei ypač padidėja rizika patirti manijos ir/arba psichozės epizodus per pirmas šešias savaites po gimdymo. Vis dar nežinoma, ar šią riziką patiria ir moterys, turinčios kitų psichikos sutrikimų, tokių kaip II tipo BS ar depresija [32]. Kas sukelia šią riziką nėra žinoma, tačiau tam įtakos gali turėti padidėjęs psichosocialinis stresas, susijęs su pirmojo vaiko gimimu, bei įvairūs biologiniai mechanizmai [33].

3.2.1.6. Genetiniai ir epigenetiniai veiksniai

Pogimdyminės psichozės patogenezėje dalyvauja tiek genetiniai, tiek epigenetiniai veiksniai. Padidėjusi šio sutrikimo rizika siejama su 5-HTT serotoninino pernašos geno variacijomis, CCN2 ir CCN3 genų raiškos padidėjimu smegenyse bei MTHFR C677T vieno nukleotido polimorfizmu. Nors genetiniai veiksniai daro didesnę įtaką, epigenetiniai veiksniai, ypač DNR metilinimas, taip pat yra svarbūs. Prie PP atsiradimo prisideda metilinimas BDNF, NR3C1 ir OXTR genuose.

Manoma, kad PP gali būti genetiškai susijusi su bipoliniu sutrikimu, kadangi šį sutrikimą turinčios moterys turi žymiai didesnę riziką susirgti PP. Taip pat įtaką daro cirkadinio ritmo sutrikimai – su paros ritmu susiję genai (angl. *clock-controlled genes*) daro poveikį smegenų sritims, atsakingoms už nuotaikos reguliavimą, o tai gali lemti psichikos sutrikimų, įskaitant PP, atsiradimą. Siekiant tiksliau suprasti šias sąsajas, būtina atlikti daugiau mokslinių tyrimų [34].

Genetinių veiksnių įtaka PP pasireiškimui nagrinėta Kępińskos ir kolegų atliktame kohortiniame tyrime, kurio metu buvo įvertinta santykinė pasikartojimo rizika PP diagnozę turinčių moterų seserims ir pusseserėms. Nustatyta, kad seserims rizika susirgti PP buvo reikšmingai didesnė, tuo tarpu pusseserėms rizika nebuvo statistiškai reikšminga. Nepaisant didesnės rizikos seserims, rizika vis tiek išliko gana maža – 1,55% visoje populiacijoje [35].

3.2.1.7. Hormoniniai veiksniai

Pogimdyminė psichozė dažnai pasireiškia labai greitai po gimdymo, o tai leidžia manyti, jog jos etiologijoje reikšmingą vaidmenį gali turėti hormoniniai veiksniai. Vienu svarbiausių galimų veiksnių laikomas staigus estrogeno ir progesterono kiekio sumažėjimas po gimdymo. Taip pat svarbi šių hormonų sąveika su monoaminergine sistema, pvz., estrogenas skatina dopaminerginės sistemos aktyvumą ir yra manoma, kad PP atsiradimas yra susijęs su padidėjusiu dopamino receptorių jautrumu [4, 36]. Be to, yra įrodymų, kad svarbų vaidmenį gali atlikti ir prolaktinas. Taip manoma dėl to, nes yra žinoma, kad prolaktino inhibitoriai gali sukelti ar sustiprinti manijos bei psichozės simptomus, o padidėjęs prolaktino kiekis kraujyje siejamas su sunkesne psichozės eiga.

Nepaisant to, jog ši hipotezė skamba įtikinamai, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad tarp PP turinčių ir sveikų moterų steroidinių hormonų lygiai nesiskiria. Vis dėlto, yra tikimybė, jog kai kurios moterys į normalius endokrininius pokyčius, susijusius su nėštumu ir gimdymu, reaguoja išskirtinai jautriai [4].

3.2.1.8. Imunologiniai veiksniai

Pogimdyminio laikotarpio metu vyksta reikšmingi imuninės sistemos pokyčiai, kurie gali būti susiję su pogimdyminės psichozės atsiradimu. Taip manoma dėl kelių priežasčių. Visų pirma, imunologiniai veiksniai yra siejami su nepogimdyminiu laikotarpiu pasireiškiančia psichoze ir bipoliniu sutrikimu – uždegiminių citokinų padidėjimas ypač ryškiai stebimas manijos epizodų metu. Taip pat svarbu, jog imuninės ligos (pvz., tiroiditas, reumatoidinis artritas) dažnai paūmėja po gimdymo ir gali priminti PP eigą. Galiausiai, į PP panašūs simptomai pasireiškia kai kurių imunologinių sutrikimų, tokių kaip anti-N-metil-D-aspartato (anti-NMDA) receptorių encefalito ar preeklampsijos, atvejais [4].

Lyginant pirmą kartą PP patyrusias moteris su dviem kontrolinėmis grupėmis – sveikomis pogimdyminėmis ir nepogimdyminėmis moterimis – PP pacientėms būdingas reikšmingas monocitų kiekio padidėjimas bei suaktyvėjusi su imunine sistema susijusių monocitų genų raiška. Be to, jų serume stebimas padidėjęs CC chemokino ligando 2 kiekis, rodantis aktyvų uždegiminį atsaką. Taip pat nustatomas sumažėjęs gliukokortikoidų receptoriaus α/β genų raiškos santykis monocituose, kuris stipriai koreliuoja su imuninės sistemos aktyvacija. PP pacientėms taip pat nebūdingas sveikoms pogimdyminėms moterims stebimas T limfocitų kiekio padidėjimas [37]. Interleukino-6 (IL-6) lygio padidėjimas būdingas tiek sveikoms pogimdyminėms, tiek pirmą kartą PP patyrusioms moterims, kas gali rodyti, jog

IL-6 padidėjimas yra įprasta pogimdyminė imuninė reakcija. Tuo tarpu IL-8 buvo reikšmingai padidėjęs išskirtinai PP grupėje, todėl manoma, kad šis citokinas gali būti susijęs su specifiniu PP mechanizmu [38]. Siekiant geriau suprasti imuninės sistemos vaidmenį PP išsivystyme, reikalingi tolimesni tyrimai.

3.2.1.9. Psichosocialiniai veiksniai

Nepageidaujami, daug streso keliantys gyvenimo įvykiai yra susiję su psichozės pradžia ir atkryčiu už pogimdyminio laikotarpio ribų, tačiau jų vaidmuo PP išsivystyme vis dar išlieka neaiškus. Reilly ir bendraautorių sisteminėje apžvalgoje buvo įtraukta 17 tyrimų, kuriuose buvo nagrinėjami nepalankūs gyvenimo įvykiai, patirti įvairias gyvenimo etapus (vaikystėje, pilnametystėje ir perinataliniu laikotarpiu) ir jų įtaka PP pasireiškimui ar jos atkryčiui. Iš viso buvo vertinami 63 galimi rizikos veiksniai, tačiau reikšmingo ryšio tarp PP išsivystymo ar atkryčio ir nepalankių gyvenimo įvykių nebuvo stebima [39]. Jokio ryšio nebuvo nustatyta ir tarp artimo šeimos nario mirties, įvykusios metus prieš nėštumą arba nėštumo metu, ir PP išsivystymo tiek tarp moterų, kurios turėjo anksčiau diagnozuotų psichikos sutrikimų, tiek tarp jų neturėjusių [40].

Anksčiau buvo manoma, kad asmenybės bruožai, kognityviniai stiliai ir afektiniai temperamentai yra susiję su PP rizika, tačiau Perry ir kolegų atliktas tyrimas parodė, jog šie veiksniai, nors ir dažnai siejami su bipoliniu sutrikimu, nėra reikšmingi prognozuojant pogimdyminės psichozės atsiradimą moterims, sergančioms I tipo BS. Tyrimo rezultatai parodė, kad tarp moterų, patyrusių PP, ir tų, kurios nepatyrė, šie psichologiniai veiksniai reikšmingai nesiskyrė. Tai leidžia manyti, kad šie bruožai ir temperamentai nėra reikšmingi PP rizikos prognozavimui [41]. Vis dėlto, siekiant tiksliau įvertinti psichosocialinių veiksnių įtaką PP atsiradimui, reikalingi tolimesni tyrimai.

3.2.2. Simptomai

Didelė visuomenės dalis, įskaitant ir sveikatos priežiūros specialistus, dažnai klaidingai mano, jog PP yra tik psichozinis sutrikimas, pasireiškiantis taip pat kaip šizofrenija ar kiti pirminiai psichoziniai sutrikimai. Tačiau, nepaisant klaidinančio šios ligos pavadinimo, PP yra ne tik psichozinis, bet ir nuotaikos sutrikimas. Paveiktoms moterims gali pasireikšti ne tik kliesiai ir haliucinacijos, bet ir manijos ar depresijos simptomai bei kognityvinių funkcijų sutrikimai [3, 33]. PP simptomai yra unikalūs ir dažnai skiriasi priklausomai nuo pagrindinės psichikos būklės, todėl vieno visuotinai priimto sutrikimo apibrėžimo nėra [33, 42]. Simptomai skiriasi ne tik tarp skirtingų pacienčių, tačiau greitai kinta ir tai pačiai pacientei – ši greita

simptomų kaita vadinama „kaleidoskopiniu PP paveikslu“ [7]. Simptomai dažniausiai pasireiškia per pirmąsias dvi savaites po gimdymo, o apie 65 % atvejų – per pirmąsias tris dienas. Depresijos simptomai įprastai pasireiškia vėliau nei manijos simptomai [42].

Ankstyvieji PP simptomai gali būti dirglumas, nuotaikos svyravimai ir nemiga, kurie gali peraugti į maniją, depresiją ar mišrią būseną. Dažnai pasireiškia psichoziniai simptomai, tokie kaip haliucinacijos ir kliesėsiai. Kognityvinių funkcijų sutrikimai, tokie kaip dezorientacija, derealizacija/depersonalizacija ir sumišimas, gali priminti delyrą. Kai kurioms moterims gali pasireikšti katatonija [3, 7].

Pogimdyminiu laikotarpiu pasireiškiančio bipolinio sutrikimo simptomai skiriasi nuo nepogimdyminio laikotarpio. Pogimdyminių epizodų metu pasireiškia mažiau tipiskų manijos simptomų, tokių kaip pagreitėjusi kalba ar padidėjęs socialumas, o dažniau pasitaiko depresiniai simptomai, ypač padidėjęs kaltės jausmas. Be to, pogimdyminiu laikotarpiu žymiai dažniau stebimas sumišimas. Tai rodo, kad gimdymas gali veikti kaip reikšmingas veiksnys, formuojantis specifinę BS išraišką pogimdyminiu laikotarpiu [43].

PP metu moteriai gali kilti minčių apie savižudybę ar filicidą. Nors ūmaus PP epizodo metu savižudybės yra retos, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje rizika motinai ir jos artimiesiems gimimaičiams gerokai padidėja. Filicidą dažniau įvykdo moterys, sergančios pogimdymine depresija su psichozės simptomais (4,5 %). Tuo tarpu, esant PP be ryškių depresijos požymių, filicido rizika yra maža (<1 %). Kai kuriais atvejais motinos kūdikį nužudo nesąmoningai, neturėdamos aiškaus ar sąmoningo ketinimo tai padaryti [44]. Taip pat pasitaiko atvejų, kai infanticidą moteris įvykdo veikdama altruistinių žmogžudystės kliesėsių, kuomet mano, jog nužudydama kūdikį jį išgelbės nuo dar blogesnio likimo [7].

PP simptomų paplitimas buvo nagrinėjamas Kamperman ir kolegų klinikiniame kohortiniame tyrime (žr. 2 lentelę). Dažniausiai pasireiškiantys simptomai buvo dirglumas, mąstymo turinio sutrikimai ir nerimas – jie pasireiškė daugiau nei 70 % moterų, hospitalizuotų dėl PP. Dažniausiai pasitaikantys mąstymo turinio sutrikimai buvo persekiojimo kliesėsiai (58 %) bei santykio kliesėsiai (50 %). Mintys apie savižudybę kilo 19 % pacienčių, o apie infanticidą – 8 %. Sąmonės sutrikimas, dezorientacija ir depersonalizacija/derealizacija pacientėms pasireiškė rečiau nei tikėtasi – atitinkamai 10 %, 20 % ir 20 %. Tyrimo autoriai nustatė tris PP simptomų profilius: depresijos, manijos ir netipišką. Šiuos profilius sudarė atitinkamai 41 %, 34 % ir 25 % moterų. Depresijos profiliui būdingi depresijos ir nerimo simptomai, manijos profiliui – manijos simptomai ir sujaudinimas, o netipiskam profiliui – sąmonės sutrikimas ir dezorientacija [45].

2 lentelė. Pogimdyminės psichozės simptomų paplitimas [45]

Simptomų grupė	Simptomai
Nerimas	Nerimas (71 %), panika (56 %)
Depresija	Kaltės jausmas (64 %), depresyvi nuotaika (53 %), nemiga (52 %), sumažėjęs seksualinis potraukis (22 %), mintys apie savižudybę (19 %)
Melancholija	Anhedonija (30 %), ankstyvi prabudimai ryte (28 %), psichomotorinis slopinimas (22 %), apetito praradimas (7 %)
Sujaudinimas	Dirglumas (73 %), psichomotorinis sujaudinimas (34 %), neadekvatus/agresyvus elgesys (33 %)
Manija	Sumažėjęs miego poreikis (54 %), pagreitėjusi kalba (49 %), pakili nuotaika (39 %), didybės kliesėsiai (39 %), padidėjęs aktyvumas ar energija (39%), padidėjęs seksualinis potraukis (22%)
Netipiški simptomai	Dezorientacija (20 %), depersonalizacija/derealizacija (20 %), sąmonės sutrikimas (10 %)
Dezorganizacija	Dezorganizuotas elgesys (26 %), dezorganizuota kalba (21 %), netvarkinga išvaizda (10 %)
Katatonija	Negatyvizmas arba mutizmas (5 %), perdėtas motorinis aktyvumas (1 %)
Kliesėsiai	Mąstymo turinio sutrikimai (72 %): persekiojimo kliesėsiai (58 %), santykio kliesėsiai (50 %), kiti kliesėsiai (21 %), somatiniai kliesėsiai (14 %)
Haliucinacijos	Klausos haliucinacijos (39 %), regos haliucinacijos (34 %), taktilinės haliucinacijos (12 %), kitos haliucinacijos (11 %)
Su vaiku susiję simptomai	Su vaiku susiję kliesėsiai (25 %), su vaiku susijusios obsesinės mintys (9 %), mintys apie infanticidą (8 %)

3.2.3. Pogimdyminės psichozės klasifikavimo spragos ir jų teisiniai padariniai

Nepaisant sunkios PP klinikinės eigos ir galimų tragiškų pasekmių, šis sutrikimas nėra atskirai įtrauktas į DSM-5, TLK-10 ir TLK-11 klasifikacijas. Dabartiniai diagnostikos kriterijai pogimdyminę psichozę prilygina kitoms psichozėms arba nuotaikos sutrikimams [5]. Taikant DSM-5, PP dažniausiai diagnozuojama kaip trumpalaikis psichozinis sutrikimas, I tipo BS, II tipo BS, didžioji depresija su psichozės požymiais ar OKS su neįžvalgumu/kliedesiniais įsitikinimais, nurodant, kad šis sutrikimas pasireiškė pogimdyminiu laikotarpiu [42, 46]. Pagal TLK-10 PP yra klasifikuojama kaip F53.1 – sunkūs psichikos ir elgesio sutrikimai laikotarpiu po gimdymo, neklasifikuoti kitur. Tai yra bendra sunkių psichikos sutrikimų, atsirandančių po gimdymo, kategorija. Ši klasifikacija yra plati ir neapibrėžia PP kaip atskiro psichikos sutrikimo su specifiniais diagnostiniais kriterijais [47]. Pagal TLK-11, PP yra priskiriama prie sindromų, susijusių su nėštumu arba pogimdyminiu laikotarpiu iki maždaug 6 savaičių po gimdymo ir pasižymi ryškiais psichiniais ir elgesio sutrikimais, tokiais kaip kliedesiai, haliucinacijos ar kiti psichozės simptomai. Be to, dažnai pasireiškia nuotaikos sutrikimai, tokie kaip depresija ar manija. Jei pacientės simptomai atitinka tam tikros psichinės ligos diagnostinius kriterijus, tuomet ši liga taip pat turi būti priskiriama pagal TLK-11 [48].

PP, kaip atskiro sutrikimo, neįtraukimas į diagnostines klasifikacijas, gali ne tik apsunkinti būklės diagnozavimą, komplikuoti tinkamo gydymo parinkimą, bet ir kelti rimtų teisinių problemų. Be aiškos diagnozės teismai gali atmesti įrodymus, kad moters veiksmai buvo nulemti psichikos ligos, todėl vietoj gydymo suteikimo joms gali būti skiriamos griežtos bausmės [5, 49]. Ypač didelė problema kyla Jungtinėse Amerikos Valstijose – čia daugumai teismų diagnozė „trumpalaikis psichozinis sutrikimas“, net ir pažymint, jog sutrikimas pasireiškė pogimdyminiu laikotarpiu, nėra pakankama priežastis skirti sušvelnintai bausmei. Tikslus diagnozės apibrėžimas DSM suteiktų stipresnį teisinį pagrindą ir padėtų išvengti griežtų bausmių moterims, įvykdžiusioms infanticidą PP metu. Vietoj griežtų bausmių, šioms moterims turėtų būti suteikta savalaikė psichiatrinė pagalba [49]. Tuo tarpu Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas (BK) moterims, įvykdžiusioms naujagimio nužudymą dėl gimdymo nulemtos psichikos būklės, numato baudžiamąją atsakomybę už privilegijuotą nužudymą (BK 131 str.). Šios moterys laikomos ribotai pakaltinamomis, kadangi dėl nusikalstamos veikos metu buvusios psichikos būklės, jos gebėjo tik iš dalies suprasti savo veiksmus ir juos valdyti. BK tikslaus šios būsenos apibrėžimo nenurodo, tad vertinimas, ar kūdikio nužudymas galėjo būti įvykdytas dėl gimdymo nulemtos psichikos būklės, remiasi psichiatrinėmis – psichologinėmis ekspertizių išvadomis [50]. Naujagimį nužudžiusi motina gali būti

pripažinta nepakaltinama ir atleista nuo baudžiamosios atsakomybės. Taip nutinka, jei nusikalstamos veikos metu dėl sunkaus psichikos sutrikimo moteris visiškai nesuvokia savo veiksmų pobūdžio ir jų nevaldo, pvz., įvykdo „altruistinį“ infanticidą, kurio metu kūdikį nužudo veikianti klaidingų įsitikinimų, kad taip jį išgelbės [51].

3.2.4. Diagnostika

Pastaruoju metu vis dažniau pabrėžiama psichiatrijos ir akušerijos specialistų bendradarbiavimo svarba, siekiant laiku diagnozuoti perinatalinius psichikos sutrikimus. Vis dėlto, pakankamo dėmesio pogimdyminei psichozei vis dar trūksta. Šiuo metu Amerikos akušerių ir ginekologų draugija rekomenduoja atlikti perinatalinės depresijos patikrą, tačiau aiškių diagnostikos ar patikros gairių dėl PP vis dar nėra [18]. Pogimdyminei psichozei diagnozuoti nėra nei standartizuoto klausimyno, nei specifinių laboratorinių tyrimų, o dėl įvairaus klinikinio pasireišimo sudėtinga sukurti aiškų ligos atpažinimo algoritmą. Nors pogimdyminės depresijos ir nerimo įvertinimui plačiai taikoma Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė, ji nepadeda atskirti vienpolės ir dvipolės depresijos bei nėra tinkama psichozės simptomams nustatyti [33].

Siekiant laiku aptikti PP, pogimdyminiu laikotarpiu derėtų nuosekliai vertinti moters psichikos būklę. Ypač didelį dėmesį reikėtų skirti moterims, turinčioms rizikos veiksnių, tokių kaip BS arba anksčiau patirta pogimdyminė psichozė. PP gali pasireikšti kaip manijos arba mišrūs epizodai (su arba be psichozės simptomų), depresijos epizodai su psichozės simptomais arba neafektinės psichozės epizodai [7].

Įtariant PP ir siekiant įvertinti galimas organines simptomų priežastis ar prisidedančius veiksnius, būtina atlikti išsamią anamnezę, fizinį ištyrimą bei reikalingus laboratorinius ir vaizdinius tyrimus (žr. 3 ir 4 lenteles) [52]. Visų pirma reikėtų įvertinti pacientės ir jos šeimos narių psichikos ligų istoriją, siekiant nustatyti esamus psichikos sutrikimus ar galimą genetinį polinkį jais sirgti. Taip pat svarbu įvertinti gretutines somatines ligas, ypač atkreipiant dėmesį į endokrininius, autoimuninius ar neurologinius sutrikimus, galinčius lemti simptomų atsiradimą. Be to, reikėtų išsiaiškinti, ar pacientė nepatyrė akušerinių komplikacijų (pvz., preeklamsijos). Taip pat svarbu nustatyti pacientės vartojamus vaistus, išsiaiškinti, ar psichiatrinių vaistų vartojimas nebuvo nutrauktas nėštumo metu. Galiausiai, būtina įvertinti galimą psichotropinių medžiagų vartojimą [19].

Atliekant bendrą fizinę apžiūrą, svarbu įvertinti pacientės gyvybinius rodiklius ir galimus patologinius požymius. Reikėtų atkreipti dėmesį į pulsą ir kraujospūdį – padažnėjęs

širdies ritmas ar sunki hipertenzija gali rodyti tirotoksikozę arba toksinį vaistų poveikį. Karščiavimas gali būti susijęs su infekcinėmis ligomis (pvz., encefalitu). Fiziniai pokyčiai, tokie kaip artritinės deformacijos, gali rodyti autoimuninius susirgimus. Svarbu įvertinti, ar nėra židininės neurologinės simptomatikos, jutimo sutrikimų ar tremoro požymių. Jei kyla įtarimas dėl smegenų pažeidimo, infekcijos ar medžiagų apykaitos ligų, būtina patikrinti sausgyslių refleksus, įvertinti galvinių nervų būklę bei atlikti oftalmologinį ištyrimą.

Taip pat būtina atlikti psichikos būklės įvertinimą, apimančią pacientės stebėjimą bei jos bendro elgesio, emocinės būklės, afekto, kalbos ir mąstymo procesų analizę. Ypatinę dėmesį reikėtų skirti galimiems haliucinacijų, kliesių ar kitų psichopatologinių simptomų požymiams [53].

Diferencinei diagnostikai gali padėti laboratoriniai tyrimai. Bendras kraujo tyrimas padeda įvertinti anemiją ir infekcinius procesus. Taip pat yra būtinas elektrolitų pusiausvyros įvertinimas – tiek sumažėjęs, tiek padidėjęs natrio ir kalcio kiekis gali sukelti simptomus, primenančius PP. Inkstų ir kepenų funkcijos įvertinimui atliekami šlapalo, kreatinino, alanininės aminotransferazės (ALT), asparagininės aminotransferazės (AST), šarminės fosfatazės bei bilirubino tyrimai – tai padeda atmesti uremiją ar kepenų encefalopatiją. Gliukozės kiekis kraujyje leidžia nustatyti hipoglikemiją ir hiperglikemiją. Svarbu įvertinti ir vitamino B12, folio rūgšties ir tiamino kiekį kraujyje, kadangi jų trūkumas gali sukelti psichozinius simptomus bei pažintinių funkcijų sutrikimus. Norint atmesti skydliaukės sutrikimus, svarbu atlikti skydliaukės funkcijos tyrimus: tirotropinį hormoną (TSH), laisvą T4 bei antikūnus prieš skydliaukės peroksidazę (anti-TPO) [7, 19]. Šlapimo analizė ir narkotinių medžiagų nustatymas padeda įvertinti galimą psichoaktyvių medžiagų poveikį ar infekcijų sukeltą psichozę. Pacientėms, kurioms pasireiškia karščiavimas, rekomenduojama atlikti šlapimo ir kraujo pasėlius infekcijai atmesti [19]. Ūmiai pasireiškus sunkiems psichikos simptomams, ypač jaunos pacientės, kurioms kartu pasireiškia ir neurologiniai simptomai, vertėtų įvertinti anti-NMDA receptorių encefalito galimybę. Anti-NMDA receptorių autoantikūnus geriausia nustatyti iš cerebrospinalinio skysčio [54]. Jei pogimdyminiu laikotarpiu moteris patyrė gausų kraujavimą, kyla Šihano sindromo (angl. *Sheehan's syndrome*) rizika, kuris retais atvejais gali pasireikšti psichoze. Tokiu atveju reikėtų iširti hipofizės hormonų lygį [55].

Skubi smegenų vizualizacija – kompiuterinė tomografija (KT) arba magnetinio rezonanso tomografija (MRT) – reikalinga pacientėms, kurioms pasireiškia naujai atsiradęs

stiprus ir nuolatinis galvos skausmas, židininė neurologinė simptomatika arba neseniai patirta sunki galvos trauma [19, 53].

3 lentelė. Pogimdyminės psichozės diagnostika [7, 19, 52–55]

Diagnostikos būdas	Aprašymas
Simptomų įvertinimas	PP gali pasireikšti kaip manijos arba mišrūs epizodai (su arba be psichozės simptomų), depresijos epizodai su psichozės simptomais arba neafektinės psichozės epizodai
Anamnezė	Pacientės ir jos šeimos psichikos ligų istorija Gretutinės ligos, akušerinės komplikacijos Vartojami vaistai Psichiatrinių vaistų vartojimo/nutraukimo nėštumo metu įvertinimas Psichotropinių medžiagų vartojimas
Psichikos būklės įvertinimas	Įvertinama išvaizda, elgesys, motorinis aktyvumas, kalba, nuotaika, afektas, mąstymo procesas, minčių turinys, suvokimo sutrikimai, pažinimas, įžvalga ir sprendimas
Fizinė apžiūra	Gyvybinių rodiklių vertinimas Fiziniai pokyčiai (pvz., artritinės deformacijos) Neurologinis ištyrimas: įvertinti, ar nėra židininės neurologinės simptomatikos, jutimo sutrikimų, nenormalių refleksų
Laboratoriniai tyrimai	Bendras kraujo tyrimas Elektrolitai Inkstų funkcijos tyrimai Kepenų funkcijos tyrimai Gliukozės kiekis kraujyje Vitaminai (B12, folio rūgštis ir tiaminas) Skydliaukės funkcijos tyrimai Šlapimo tyrimas ir narkotinių medžiagų nustatymas Anti-NMDA receptorių autoantikūnų tyrimas (jei pasireiškia neurologiniai simptomai) Hipofizės hormonų lygio nustatymas (jei pasireiškė gausus kraujavimas pogimdyminiu laikotarpiu)

3 lentelė. Pogimdyminės psichozės diagnostika (tęsinys)

KT/MRT	Reikalinga, jeigu atsiranda nauji stiprūs ir nuolatiniai galvos skausmai, židininė neurologinė simptomatika arba neseniai patirta sunki galvos trauma
--------	---

PP – pogimdyminė psichozė, KT – kompiuterinė tomografija, MRT – magnetinio rezonanso tomografija, anti-NMDA – anti-N-metil-D-aspartatas

4 lentelė. Diferencinė diagnostika [19, 52]

Diabetinė ketoacidozė
Infekcija (pvz., meningitas, encefalitas, sepsis)
Skydliaukės liga (hipotiroidizmas/hipertiroidizmas)
Uremija
Vitaminų trūkumas (B12, folio rūgštis ir tiaminas)
Elektrolitų pusiausvyros sutrikimai
Hepatinė encefalopatija
Pirminis hiperparatiroidizmas
Anemija
Eklampsija
Insultas
Galvos trauma
Smegenų auglys
Šihano sindromas
Vaistų poveikis (pvz., kortikosteroidai, acikloviras)

4 lentelė. Diferencinė diagnostika (tęsinys)

Vaistų poveikis (pvz., kortikosteroidai, acikloviras, interferonas, gentamicinas, vankomicinas, atropinas)
Autoimuninės ligos (pvz., anti-NMDAR encefalitas, sisteminė raudonoji vilkligė)

anti-NMDA – anti-N-metil-D-aspartatas

3.2.5. Pogimdyminio laikotarpio psichikos sutrikimų diferencinė diagnostika

Pogimdyminis laikotarpis yra itin jautrus moters gyvenimo periodas, kurio metu kyla įvairių psichikos sutrikimų rizika. PP pasireiškia retai, tačiau ją reikia diferencijuoti nuo dažniau pasitaikančių pogimdyminio laikotarpio sutrikimų, tokių kaip pogimdyminė melancholija, pogimdyminė depresija, nerimas, obsesinis-kompulsinis sutrikimas ar potrauminio streso sutrikimas (žr. 5 lentelę) [1, 2].

Pogimdyminė melancholija pasireiškia per 2–5 dienas po gimdymo. Jai būdinga prislėgta nuotaika bei lengvi, savaime praeinantys depresijos simptomai, tokie kaip padidėjęs verksmingumas, dirglumas, emocinis labilumas, nemiga, nerimas, apetito praradimas ir susilpnėjusi koncentracija. Tai nėra oficiali psichikos sutrikimo diagnozė, o greičiau natūrali moters emocinė reakcija į pogimdyminį laikotarpį. Šiai būklei nėra būdingos suicidinės mintys, o simptomai dažniausiai praeina savaime per dvi savaites, todėl specifinis gydymas nėra reikalingas. Nepaisant to, svarbu suteikti palaikomąją pagalbą ir stebėti moters būklę, siekiant išvengti progresavimo į sudėtingesnius pogimdyminius psichikos sutrikimus, tokius kaip PD ar PP [2, 52].

Pogimdyminės depresijos simptomai prilygsta neperinatalinei depresijai, kai pasireiškia prislėgta nuotaika, prarastas susidomėjimas anksčiau dominusioms veikloms, anhedonija, sutrikęs miegas ir apetitas, kaltės bei beviltiškumo jausmas, susilpnėjusi koncentracija, psichomotoriniai sutrikimai, nuovargis ir mintys apie savižudybę. Savižudiškos mintys kyla net 20 % motinų. PD metu moterys dažnai patiria obsesinį nerimą ar susirūpinimą dėl kūdikio saugumo bei sveikatos, o kai kurios moterys susiduria su mintimis pakenkti vaikui. Šias mintis reikėtų atskirti nuo obsesinių simptomų, kai moteriai kyla mintys pakenkti sau ar savo vaikui, bet tai yra tik įkyrios mintys, kurių motina neketina įgyvendinti [56]. Pogimdyminiu laikotarpiu, vertinant moterį dėl galimos PD, būtina atsižvelgti ir į PP tikimybę,

kadangi esant sunkiai depresijai, kai kurioms moterims gali pasireikšti ir psichozės simptomai [52].

Pogimdyminis nerimas pasireiškia dažniau nei PD, tačiau jis lieka nepakankamai diagnozuojamas, kadangi atskirti įprastus pogimdyminius simptomus nuo tų, kurie sukelia reikšmingą sutrikimą, gali būti sudėtinga. Generalizuotas nerimas pasireiškia perdėtu nerimu, įtampa, nuovargiu, dirglumu, koncentracijos pokyčiais ir nemiga [57, 58]. Pogimdyminis PTSS – tai nerimo sutrikimas, kuris dažniausiai išsivysto po sunkaus ar traumuojančio gimdymo. Pagrindiniai simptomai yra pakartotinis įvykio išgyvenimas, vengimas bei padidėjęs susijaudinimas [59].

Pogimdyminiam OKS, kaip ir pasireiškiančiam ne pogimdyminiu laikotarpiu, būdinga obsesijos – įkyrios mintys, idėjos, vaizdai ar impulsai, ir kompulsijos – pasikartojantys veiksmai, ritualai. Pogimdyminiu laikotarpiu OKS obsesijos dažniausiai būna susijusios su kūdikio žalojimu, motinas gali varginti įvairaus turinio vaizdiniai, įskaitant ir smurtinius bei seksualinius vaizdinius. Obsesijas lydi kompulsijos, o dažniausia kompulsija pogimdyminiu laikotarpiu yra tikrinimas, pvz., motina pakartotinai tikrina miegantį kūdikį. Taip pat dažnai pasitaiko su užteršimu susiję ritualai, pvz., kompulsinis kūdikio daiktų valymas. Esant sunkiai būklei, obsesijos gali virsti vengimu, pvz., moteris, bijodama išmesti vaiką iš rankų, vengia jį laikyti [60]. Dėl gėdos ir kaltės jausmo moterys, turinčios pogimdyminį OKS, dažnai vengia atskleisti kylančias įkyrias mintis. Skirtingai nei PP turinčios moterys, šios moterys nėra praradusios ryšio su realybe. Jų mintys yra ego-distoninės, tai reiškia, kad savo mintis ir jausmus jos vertina neigiamai bei stengiasi jų vengti, o ne planuoti. Kad būtų suteikta reikalinga pagalba, svarbu tinkamai įvertinti, ar pacientės mintys yra ego-sintoninės ar ego-distoninės [52, 61].

5 lentelė. Pogimdyminio laikotarpio psichikos sutrikimai [2, 7, 52, 58–60]

Sutrikimas	Simptomai
Pogimdyminė psichozė	Gali pasireikšti kaip manijos arba mišrūs epizodai (su arba be psichozės požymių), depresijos epizodai su psichozės požymiais ar neafektinės psichozės epizodai. Kartu gali pasireikšti kognityvinių funkcijų sutrikimai. Būdingos suicidinės mintys.

5 lentelė. Pogimdyminio laikotarpio psichikos sutrikimai (tėsinys)

Pogimdyminė melancholija	Savaime praeinantys simptomai: prislėgta nuotaika, padidėjęs verksmingumas, dirglumas, emocijų labilumas, nemiga, nerimas, apetito praradimas, susilpnėjusi koncentracija. Suicidinių minčių nėra.
Pogimdyminė depresija	Prislėgta nuotaika, anhedonija, sutrikęs miegas ir apetitas, kaltės ir beviltiškumo jausmas, psichomotoriniai sutrikimai, nuovargis. Dažnos suicidinės mintys.
Pogimdyminis nerimas	Įtampa, nuovargis, dirglumas, koncentracijos pokyčiai ir nemiga.
Pogimdyminis PTSS	Pakartotinis įvykio patyrimas, vengimas bei padidėjęs susijaudinimas.
Pogimdyminis OKS	Obsesijos ir kompulsijos, nukreiptos į kūdikį. Ego-distoninės mintys.

PTSS – potrauminio streso sutrikimas, OKS – obsesinis kompulsinis sutrikimas

3.2.6. Pogimdyminės depresijos su psichozės simptomais klinikinis atvejis: filicidas ir nepakaltinamumas

Pacientė – 34 metų moteris, vienturtė, augusi pilnoje šeimoje su motina ir tėvu. Tėvas piktnaudžiaudavo alkoholiu, o išgėręs smurtaudavo prieš motiną. Pacientė, įgijusi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, apie 10 metų dirbo personalo skyriuje. Buvo ištekęs du kartus. Santuoka su pirmuoju vyru iširo po metų abipusiu nutarimu. Su antruoju vyru pacientė susilaukė dviejų dukrų. Po jų gimimo santykiai su sutuoktiniu pradėjo blogėti: prasidėjo vis dažnesni tarpusavio konfliktai, vyras piktnaudžiaudavo alkoholiu, taikydavo psichologinį ir fizinį smurtą.

Somatines ligas, galvos traumas, epilepsinius traukulių priepuolius, reguliarių vaistų vartojimą, piktnaudžiavimą alkoholiu ir psichoaktyvių medžiagų vartojimą pacientė neigia.

Iki nusikalstamos veikos dokumentuotų psichikos sutrikimų pacientė neturėjo, tačiau anamnezėje stebima ilgametė depresinė simptomatika. Pirmieji psichikos būsenos pablogėjimo požymiai pasireiškė 2010 m., po skyrybų su pirmuoju vyru – pacientei pasireiškė nuotaikos svyravimai, svorio kritimas, nemiga, suicidinės mintys. Tuo metu į gydytojus psichiatrus nesikreipė, savijauta pagerėjo savaime per kelerius metus. Būklė vėl pablogėjo 2019 m., pirmojo nėštumo metu, o dar labiau – iškart po gimdymo. 2021 m. bandė žudyti – išgėrė didelį

kiekį namuose rastų medikamentų nuo skausmo. Po įvykio ilgai miegojo, artimieji suicidinio bandymo nepastebėjo. Psichikos būseną ypač suprastėjo 2022 m., iškart po antrojo gimdymo. Pacientę vis labiau slėgė buitis ir rūpinimasis vaikais. Tęsėsi konfliktai šeimoje, ji jautėsi nemylima, nelaiminga, sutuoktinis nuolat vartojo alkoholį, ją žemino, taikė psichologinę bei fizinę smurtą. Progresavo depresinė simptomatika: intensyvėjo kaltės jausmas, įkyrios save menkinančios mintys bei mintys apie savižudybę. Pacientė epizodiškai svarstydavo apie skrybas, tačiau neturėjo kur išeiti su dukromis, nes gyveno vyro vardu registruotame name.

Pasikeitusį pacientės elgesį po gimdymo pastebėjo jos motina – ji teigė, jog po dukrų gimimo pacientė tapo įsitempusi, verksminga, naktimis nemiegodavo, nuolat nerimaudavo dėl vaikų, kaltindavo save, jog yra bloga motina, išsakydavo stiprų beviltiškumo jausmą, dažnai kartodavo: „aš nebegaliu“, „daugiau taip neištversiu“. Motina siūlė kreiptis į šeimos gydytoją ar psichologą, tačiau pacientė atsisakė.

Vyro teigimu, po dukrų gimimo sutuoktinė pradėjo laikytis griežtai suplanuotos rutinos – tuo pačiu metu keltis, migdyti vaikus, leisti vaikams žaisti tik tam tikru laiku ir tam tikrose vietose, o bet koks pokytis rutinoje lemdavo stiprų pacientės susinervinimą. Pripažino, kad dažnai matydavo žmoną pervargusią, tarp jų nuolat kildavo konfliktai, o pats mažai prisidėdavo priežiūrint vaikus. Vis dėlto, apie sutuoktinę kamuojančias suicidines mintis teigė nenumanęs.

2023 m., po konflikto su vyru, pacientės suicidinės mintys suintensyvėjo – ji nusprendė pasitraukti iš gyvenimo nusiskandindama. Pasak pacientės, kaip su vaikais atsidūrė prie upės, ji neprisimena – atsipeikėjo tik stovėdama su jais upėje. Keistą moters elgesį upėje pastebėjęs liudytojas ištraukė vieną iš vaikų į krantą ir nesėkmingai bandė jį gaivinti. Kita dukra buvo rasta upėje po valandos. Policijos pareigūnų kūno kameros parodė, kad įvykio vietoje moteris buvo ištikta šoko, kalbėjo sunkiai ir neaiškiai, teigė, kad norėjo nusiskandinti pati ir nuskandino savo dukras.

Hospitalizavimo ir gydymo psichiatrijos ligoninėje metu pacientei buvo nustatyta diagnozė – sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais. Klinikoje buvo stebimas psichomotorinis slopinimas, atsiribojimas, prislėgta nuotaika, kaltės jausmas, save nuvertinančios mintys, kritikos stoka, išsakomos suicidinės mintys. Teismas pripažino, kad baudžiamojo įstatymo uždraustos veikos padarymo metu dėl psichikos sutrikimo pacientė negalėjo suvokti veikos pavojingumo ir valdyti savo veiksmų, todėl jai buvo konstatuotas nepakaltinamumas. Pacientei buvo rekomenduotas stacionarinis gydymas specializuotoje psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje. Dėl didelės savižudybės rizikos gydymas rekomenduotas sustiprinto stebėjimo sąlygomis.

Atsižvelgiant į tai, kad depresijos simptomai pacientę lydėjo jau seniai, o ypač sustiprėdavo po gimdymų, galima manyti, jog savižudybės bandymui ir vaikų žūčiai užkirsti kelią galėjo ankstyvas psichikos sutrikimo atpažinimas ir laiku suteikta pagalba.

Nors depresijos simptomus ir smurtą artimoje aplinkoje pacientė kentė ilgą laiką, pagalbos kreiptis ji nesiryžo. Tokių atvejų Lietuvoje daug – apie smurtą artimoje aplinkoje nepraneša net 60 % jį patiriančių moterų. Tai dažnai susiję su nukentėjusiųjų jaučiama gėda, baime dėl aplinkinių reakcijos, įsitikinimu, kad nesulauks pagalbos arba nežinojimu, kur kreiptis [62].

Viena iš priežasčių, kodėl pacientė galėjo nesikreipti pagalbos dėl pablogėjusios psichinės būklės – informuotumo apie pogimdyminius sutrikimus stoka. Šią spragą siekta ištaisyti 2022 m. spalio 10 d., kai į nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašą buvo įtrauktas naujas reikalavimas – prieš išrašant pagimdžiusią pacientę į namus, privaloma pateikti žodinę ir raštinę informaciją apie PD požymius bei įstaigas, teikiančias pagalbą. Tai didelis žingsnis, siekiant pagerinti pagimdžiusių moterų raštingumą apie pogimdyminius psichikos sutrikimus, tačiau vien formaliai pateikta informacija ne visada yra veiksminga. Svarbu, kad informacija būtų pateikiama aiškiai, suprantamai ir pritaikoma individualiai situacijai. Šiuo konkrečiu atveju pacientė minėtos informacijos negavo – abu gimdymai įvyko iki minėtos tvarkos įsigaliojimo [63].

Kita svarbi priežastis, galėjusi trukdyti kreiptis pagalbos – baimė prarasti vaikus. Lietuvoje vis dar vyrauja nepasitikėjimas institucijomis, kuris gali būti susijęs tiek su asmeninėmis patirtimis, tiek su visuomenėje išsisknijusiais stereotipais, ypač apie vaiko teisių apsaugos tarnybą. Svarbu šviesti visuomenę, kad vaiko teisių apsaugos tarnyba siekia padėti, o ne bausti.

Taip pat būtina mažinti stigmą, susijusią su psichologine pagalba. Daugelis žmonių vis dar skeptiškai vertina psichologo konsultacijas – netiki, kad toks „pasišnekėjimas“ gali padėti, arba bijo būti palaikyti „psichiniais ligoniais“ ir jaustis stigmatizuoti. Pacientė nesikreipė ne tik į psichikos sveikatos specialistus gyvai, bet ir nepasinaudojo galimybe gauti emocinę pagalbą telefonu, pvz., paskambinus į visą parą veikiančią pagalbos moterims liniją. Galbūt apie tokios pagalbos egzistavimą ji nežinojo, arba nemanė, kad tai gali padėti. Tai pabrėžia visuomenės informavimo svarbą – žmonės turi būti informuoti, kad tokia pagalba yra veiksminga, prieinama kiekvienam anonimiškai ir be išankstinės registracijos [62, 63].

Iš artimos aplinkos tik pacientės motina atkreipė dėmesį į suprastėjusią psichologinę būklę, tačiau jos pastangos nebuvo pakankamos paskatinti dukrą kreiptis pagalbos. Tai

išryškina dar vieną svarbią problemą – visuomenė, moters šeimos nariai ir artimieji dažnai nėra pakankamai informuoti apie pogimdyminių psichikos sutrikimų pasireiškimo ypatumus. Kartais jie simptomų nepastebi, nepripažįsta jų kaip rimtos problemos arba nežino, kaip suteikti pagalbą juos pastebėjus.

Pacientės būklės blogėjimas po gimdymų nebuvo pastebėtas ir sveikatos priežiūros specialistų. Tai rodo, jog medicinos darbuotojai vis dar neturi pakankamai žinių apie pogimdyminius psichikos sutrikimus. Taip pat dažnai pritrūksta įgūdžių ir/arba laiko pacientę tinkamai apklausti apie jos psichikos sveikatą, ją išklaudyti bei prireikus nukreipti pagalbai. Visgi pastaruoju metu situacija pamažu keičiasi – Lietuvoje 2022 metais apie pogimdyminius psichikos sutrikimus apmokyta daugiau nei 400 akušerių ginekologų bei šeimos gydytojo komandos narių. Tokie apmokymai tęsiami ir toliau, o ateityje gali ženkliai pagerinti specialistų gebėjimą laiku atpažinti sutrikimą ir suteikti reikiamą pagalbą.

Pacientė bandė žudyti jau ne pirmą kartą, tačiau to nepastebėjo nei artimieji, nei aplinkiniai. Tai atskleidžia galias savižudybių prevencijos spragas, kurias vis dar turime Lietuvoje. Nors savižudybių skaičius Lietuvoje nuolat mažėja, jis vis tiek išlieka vienas didžiausių Europos Sąjungoje. Siekiant mažinti savižudybių skaičių, 2023 m. buvo patvirtintas Nacionalinis savižudybių prevencijos veiksmų planas 2023–2026 metams. Jame ypatingas dėmesys skiriamas visuomenės informavimui ir bendruomenių bei artimųjų įtraukimui, siekiant didinti supratimą kaip laiku atpažinti rizikos veiksnius ir suteikti reikiamą pagalbą [64].

Šis atvejis atskleidžia, kokių tragiškų pasekmių gali turėti laiku neatpažinti pogimdyminiai psichikos sutrikimai. Visuomenėje vis dar egzistuoja sisteminės problemos – nepakankamas visuomenės švietimas ir sveikatos priežiūros specialistų parengimas, išliekantis stigmatizuojantis požiūris į psichikos sveikatą ir baimė kreiptis pagalbos. Siekiant išvengti panašių tragedijų ateityje, svarbu tęsti pradėtus darbus ir toliau stiprinti tiek pogimdyminių psichikos sutrikimų atpažinimo ir pagalbos sistemą, tiek savižudybės prevencijos programas. Nuoseklus darbas, tarpsektorinis bendradarbiavimas ir reagavimas į naujai išskylančias problemas gali lemti ilgalaikius teigiamus pokyčius.

3.3. Gydymas

Pogimdyminė psichozė – tai itin sunki psichikos sveikatos būklė, reikalaujanti skubios psichiatrinės pagalbos. Pacientėms dažniausiai taikomas stacionarinis gydymas, siekiant užtikrinti nuolatinę medicininę priežiūrą ir stabilizuoti jų būklę. Negydoma ar pavėluotai

diagnozuota PP kelia grėsmę tiek motinos, tiek vaiko gyvybei. Laiku suteikta pagalba yra būtina norint veiksmingai suvaldyti simptomus ir užkirsti kelią sunkioms pasekmėms [65]. Laiku nustačius šią būklę ir taikant tinkamą gydymą, prognozė paprastai yra gera [7]. Šiame skyriuje aptariamas PP gydymas: stacionarinio gydymo aspektai, farmakologinio ir nefarmakologinio gydymo galimybės bei profilaktinis gydymas rizikos grupės pacientėms.

3.3.1. Stacionarinis gydymas

Siekiant užtikrinti nuolatinę medicininę priežiūrą ir stabilizuoti pacientės būklę, PP atveju dažniausiai reikalinga hospitalizacija [65]. Įvertinus motinos būklę ir galimas rizikas, kai kuriose šalyse hospitalizacija įmanoma ir specializuotuose skyriuose, kuriuose motina gali būti gydoma kartu su naujagimiu (angl. *mother-baby units*). Tokia priežiūra ne tik stiprina motinos ir vaiko prieraišumą, bet ir užtikrina geresnius ilgalaikius rezultatus tiek motinos psichikos sveikatai, tiek kūdikio raidai. Nors Lietuvoje tokia hospitalizacijos praktika dar nėra įdiegta, ji sėkmingai taikoma įvairiose šalyse, įskaitant Jungtinę Karalystę, Australiją ir Prancūziją [66]. Jei nėra galimybės pacientę gydyti kartu su jos kūdikiu, įvertinus riziką, vertėtų pagalvoti apie galimybę sudaryti sąlygas prižiūrėtam pacientės susitikimui su kūdikiu [22].

Hospitalizuojant pogimdyminiais psichikos sutrikimais sergančias pacientes svarbu nepamiršti, kad šios pacientės dažnai susiduria ne tik su psichologiniais, bet ir su fiziniais iššūkiais, tokiais kaip žindymo sunkumai ar komplikacijos po gimdymo. Vis dėlto, didžioji dalis psichiatrijos skyrių nėra tinkamai pasiruošę spręsti šiuos su fizine sveikata susijusius poreikius, o tai gali neigiamai paveikti pacientės patirtį gydymo įstaigoje. Siekiant užtikrinti visapusišką priežiūrą, į psichiatrijos skyrius, kuriuose gali būti gydomos neseniai gimdžiusios moterys, turėtų būti integruota akušerinė pagalba. Moterims turėtų būti suteikiama galimybė naudotis pieno nutraukimo priemonėmis, teikiama pagalba esant žindymo sunkumams ir išskylant kitoms akušerinėms problemoms [18].

3.3.2. Farmakologinis gydymas

Pogimdyminės psichozės valdyme svarbų vaidmenį atlieka farmakologinis gydymas. Kadangi nėra oficialių gydymo gairių, klinikinėje praktikoje gydymas paprastai pritaikomas individualiai, atsižvelgiant į pagrindinius simptomus. Benzodiazepinai skiriami esant sujaudinimui arba nemigai, antipsichoziniai vaistai ir nuotaikos stabilizatoriai – psichozės ir manijos simptomams, o antidepresantai – depresijos simptomams [67]. Jei nuotaika nėra tinkamai stabilizuota, antidepresantų skyrimo reikėtų vengti, kadangi jų vartojimas gali

pabloginti nuotaikos svyravimus. Daugiausia įrodymų pagrindžia gydymą ličiu ir antipsichoziniais vaistais [7].

PP gydymas buvo analizuotas Bergink ir bendraautorių tyrime, kuriame vertintas keturių etapų gydymo algoritmo veiksmingumas moterims, patiriančioms pirmąją psichozės ar manijos epizodą po gimdymo (žr. 6 lentelę). Tyrime dalyvavo 64 pacientės, kurių gydymo atsakas ir remisijos rezultatai buvo stebimi 9 mėnesius. Gydymas apėmė nuoseklų benzodiazepinų, antipsichotikų, ličio ir elektrokonvulsinės terapijos (EKT) taikymą. Remisija (t. y. psichozės, manijos ar sunkios depresijos simptomų nebuvimas bent vieną savaitę) buvo pasiekta 98,4 % atvejų jau per pirmuosius tris gydymo etapus, o EKT taikymo neprireikė nei vienai pacientei. Moterims, kurios pasiekė remisiją vartodamos vien antipsichotikus, buvo rekomenduojama tęsti šį gydymą kaip palaikomąją terapiją, o toms, kurioms stabilizacijai reikėjo tiek antipsichotikų, tiek ličio, buvo paskirtas ilgalaikis gydymas ličiu. Po 9 mėnesių 79,7 % pacienčių išlaikė stabilią remisiją, o gydymas ličiu buvo reikšmingai veiksmingesnis už monoterapiją antipsichotikais, siekiant išvengti atkryčio. Šie rezultatai rodo, kad struktūruotas, nuoseklus gydymo metodas gali lemti aukštus remisijos rodiklius, o palaikomajam gydymui geriausias pasirinkimas yra litis [67].

6 lentelė. Keturių etapų gydymo planas pagal Bergink ir kt. [67]

Etapas	Gydymas
1 etapas	Gydymas lorazepamu prieš miegą 3 dienas, siekiant atstatyti miego ritmą. Miego ritmo normalizavimas kai kurioms pacientėms gali lemti būklės pagerėjimą.
2 etapas	Jei lorazepamo monoterapijos nepakanka, nuo 4 dienos papildomai pradedamas gydymas antipsichotiku. Pirminis pasirinkimas – haloperidolis (2–6 mg per dieną). Pasireiškus šalutiniams poveikiams, pereinama prie atipinių antipsichozinių vaistų (pvz., olanzapinas, risperidonas ar kvetiapienas).
3 etapas	Nesant reikšmingo klinikinio atsako taikant benzodiazepino ir antipsichotiko farmakoterapiją 12 savaičių, pradedamas gydymas ličiu, kurio tikslinė plazmos koncentracija 0,8–1,2 mmol/L.

6 lentelė. Keturių etapų gydymo planas pagal Bergink ir kt. (tęsinys)

4 etapas	Jei po 12-kos savaitių nėra atsako į benzodiazepino, antipsichotiko ir ličio farmakoterapiją, rekomenduojama taikyti EKT, prieš kurią nutraukiamas visų psichotropinių vaistų vartojimas.
Palaikomasis gydymas	Po pilnos remisijos benzodiazepinai palaipsniui nutraukiami. Pacientės, vartojančios tik antipsichozinius vaistus, tęsia gydymą iki 9 mėnesių po gimdymo. Pacientės, vartojančios antipsichozinius vaistus ir litį, palaipsniui mažina antipsichotikų dozę ir pereina prie ličio monoterapijos, kurio tikslinė plazmos koncentracija 0,6–0,8 mmol/L. Jei po 9 mėnesių pacientė išlieka remisijoje, pradedamas laipsniškas vaistų nutraukimas.

EKT – elektrokonvulsinė terapija

3.3.3. Elektrokonvulsinė terapija

EKT taikymas turėtų būti apsvarstytas pacientėms, turinčioms katatonijos požymių, stiprų sujaudinimą, atsisakančioms valgyti ar gerti. Taip pat pacientėms, sergančioms depresija su psichozės požymiais, kadangi, lyginant su pogimdymine manija, šių epizodų vidutinė trukmė yra žymiai ilgesnė (atitinkamai 115 ir 34 dienos) [7].

Tyrimai rodo, kad atsakas į EKT pogimdyminiu laikotarpiu yra geresnis nei už jo ribų. Rundgren ir bendraautorių tyrime buvo vertinamas EKT efektyvumas gydant PD ir PP. Tyrime dalyvavo 185 pogimdyminės grupės pacientės ir 185 kontrolinės grupės pacientės, turinčios depresiją ar psichozę už pogimdyminio laikotarpio ribų. Rezultatai parodė, kad pogimdyminės grupės pacienčių, teigiamai reagavusių į EKT, dalis buvo didesnė – 87,0 %, palyginti su 73,5 % kontrolinės grupės pacienčių [68].

Be to, pogimdyminiu laikotarpiu gydytos moterys turėjo mažesnę atkryčio riziką. Rönqvist ir kt. atliko Švedijos populiaciją apimančią tyrimą, siekdami įvertinti atkryčio riziką moterims, kurioms buvo taikoma EKT dėl PD ir PP. Tyrime buvo lyginami atkryčio rodikliai tarp moterų, gavusių EKT per šešis mėnesius po gimdymo, ir tų, kurios buvo gydomos dėl depresijos ar psichozės ne pogimdyminiu laikotarpiu. Į abi grupes buvo įtraukta po 180 pacienčių. Atkrytis, kuris buvo apibrėžtas kaip pakartotinė hospitalizacija ar savižudybė, buvo retesnis tarp pogimdyminės grupės moterų – 28 %, 31 % ir 40 % po šešių mėnesių, vienerių metų ir dviejų metų, palyginti su 39 %, 50 % ir 55 % tarp ne pogimdyminės grupės moterų.

Veiksniai, susiję su didesne atkryčio rizika, buvo benzodiazepinų vartojimas, daugybinės ankstesnės psichiatrinės hospitalizacijos ir nepakankamas atsakas į EKT [69].

3.3.4. Profilaktinis gydymas

Moterys, sergančios BS arba jau patyrusios PP epizodą, pogimdyminiu laikotarpiu susiduria su atkryčio rizika. Siekiant to išvengti, šioms moterims rekomenduojama profilaktinė farmakoterapija. Daugiausia įrodymų yra apie gydymą ličiu, tuo tarpu duomenų apie nuotaikos stabilizatorių lamotriginą bei antipsichotikus – olanzapiną, kvetiapiną ir risperidoną – yra nedaug [20].

Moterims, turinčioms bipolinio sutrikimo diagnozę, profilaktinį gydymą reikėtų pradėti jau nėštumo metu, kadangi tai žymiai sumažina pogimdyminio atkryčio riziką. Wesseloo ir kolegų metaanalizėje buvo nustatyta, jog BS sergančioms moterims, kurioms nėštumo metu nebuvo taikoma profilaktinė farmakoterapija, atkryčio dažnis po gimdymo siekė 66%. Tuo tarpu moterims, kurioms buvo taikoma profilaktika, atkryčio dažnis buvo beveik triskart mažesnis ir sudarė 23% [20]. Prieš pradedant profilaktinį gydymą ličiu, svarbu įvertinti naudą ir riziką. Nors ličio vartojimas nėštumo metu yra siejamas su maža rizika, svarbu pažymėti, kad ji yra didesnė pirmąjį nėštumo trimestrą bei priklauso nuo skiriamos vaisto dozės. Ličio vartojimas pirmąjį nėštumo trimestrą padidina širdies ydų, ypač Ebšteino anomalijos, išsivystymo riziką. Be to, ličio vartojimas nėštumo metu gali sukelti hipoglikemiją, nefrogeninį necukrinį diabetą, polihidramnioną, skydliaukės funkcijos sutrikimus ir priešlaikinį gimdymą. Taigi, įvertinus riziką, nėščiosioms derėtų skirti mažiausią veiksmingą ličio dozę, o ypač atsargiai dozuoti pirmąjį nėštumo trimestrą ir dienomis prieš gimdymą. Taip pat būtina reguliariai matuoti ličio koncentraciją kraujyje. Taip užtikrinamas tiek gydymo veiksmingumas, tiek motinos ir vaisiaus saugumas [22, 70, 71].

Moterims, anksčiau patyrusioms PP epizodą, profilaktinį gydymą ličiu rekomenduojama pradėti po gimdymo. Po gimdymo pradėta profilaktika sumažina PP atkryčio riziką ir tuo pačiu išvengiama galimo neigiamo ličio poveikio vaisiui [20].

3.3.5. Gydymas krūtimi maitinančioms moterims

Žindančių moterų gydymas reikalauja atidaus dėmesio bei naudos ir galimos rizikos įvertinimo. Jei moteris pasirenka žindyti, svarbu atsižvelgti į jos ligos sunkumą ir įvertinti vaistų saugumą. Kai kurių moterų būklė gali būti per sunki, kad jos galėtų saugiai žindyti – tokiu atveju rekomenduojama žindymo atsisakyti. Vaistų saugumas gali būti įvertintas pagal santykinę kūdikio dozę (angl. *relative infant dose*) – tai yra dozė, kurią kūdikis gauna per

motinos pieną (mg/kg/d), santykinai su motinos suvartojama doze (mg/kg/d). Saugia riba dažniausiai laikoma 10 % [72].

Atipiniai antipsichotikai, išskyrus klozapiną, laikomi saugiais vaistais vartoti žindymo laikotarpiu. Uguz sisteminėje apžvalgoje daugiausia duomenų surinkta apie olanzapiną, kuris pasižymėjo mažomis santykinės kūdikio dozės (SKD) vertėmis ir labai retais nepageidaujamais reiškiniais. Taip pat mažomis SKD vertėmis pasižymėjo kvetiapienas ir ziprazidonas. Risperidonas, paliperidonas ir aripiprazolas turėjo vidutines, o amisulpridas – didžiausias SKD vertes. Daugumos kūdikių kraujo plazmoje vaistų koncentracija buvo nenustatoma, o nepageidaujami reiškiniai pasitaikė itin retai (išskyrus tuos atvejus, kai buvo vartojamas klozapinas) [73]. Pirmosios kartos antipsichotikai, ypač haloperidolis, taip pat gali būti vartojami atsargiai, nors duomenys apie jų saugumą yra priešaringi [72].

Gydymas ličiu žindymo metu gali būti laikomas saugiu pasirinkimu, tačiau, siekiant užtikrinti kūdikio saugumą, būtina reguliariai atlikti kūdikio inkstų funkcijos, skydliaukės veiklos ir ličio koncentracijos kraujyje tyrimus, siekiant laiku nustatyti galimus nepageidaujamus reiškinius [74]. Heinonen ir kt. atliktas retrospektyvinis tyrimas, kurio tikslas buvo įvertinti ličio vartojimo saugumą žindymo laikotarpiu, parodė, kad tinkamai prižiūrint, gydymas ličiu žindymo metu gali būti saugus. Į tyrimą buvo įtraukta 30 kūdikių, kurių motinos buvo gydomos ličiu. Buvo nustatyta, kad pirmosiomis gyvenimo savaitėmis kūdikių serume ličio koncentracija buvo aukštesnė nei jų motinų, tačiau po kelių savaičių koncentracija stabilizavosi iki vos išmatuojamo lygio. Pirmąjį gyvenimo mėnesį dviems iš visų tiriamųjų buvo nustatyta aukšta ličio koncentracija, tačiau, išskyrus prastesnį svorio prieaugį, rimtesnių nepageidaujamų poveikių nebuvo pastebėta [75].

Dėl dažnų prabudimų naktį maitinant kūdikį gali išsivystyti miego trūkumas, kuris gali prisidėti prie manijos vystymosi ir progresavimo. Dėl šios priežasties ypač svarbu atkurti normalų cirkadinį ritmą. Norint užtikrinti motinos gerovę, reikėtų stengtis išvengti miego trūkumo. Šiuo atveju padėtų artimųjų pagalba naktį maitinant kūdikį ar gydymas, skirtas miego palaikymui. Žindančioms moterims rekomenduojama teikti pirmenybę ribotam, trumpą pusinės eliminacijos laiką turinčių benzodiazepinų, skatinančių miegą, vartojimui. Vartojimas turėtų būti trumpalaikis, kadangi ilgalaikis šių vaistų vartojimas žindymo metu gali sukelti kūdikio sedaciją ir kitus nepageidaujamus poveikius [7]. Iš benzodiazepinų mažiausia nepageidaujamų poveikių rizika kūdikiui išsiskiria lorazepamas [72].

EKT nėra siejama su nepageidaujamu poveikiu žindomiems kūdikiams, todėl gydymo metu žindymas gali būti tęsiamas. Procedūros metu naudojami anestetikai kūdikiui didelio

pavojaus nekelia, tačiau rekomenduojama imtis atsargumo priemonių – atidėti žindymą kelioms valandoms po EKT arba dieną prieš procedūrą nusitraukti reikiamą kiekį pieno [72].

7 lentelė. Gydytas krūtimi maitinančioms moterims [72–74]

Gydymo pasirinkimas	Gydymo aprašymas
Antrosios kartos antipsichotikai	Saugūs, išskyrus klozapiną. Mažiausią SKD ir retus nepageidaujamus reiškinius turi olanzapinas, kvetiapienas ir ziprazidonas.
Pirmosios kartos antipsichotikai	Haloperidolis gali būti vartojamas atsargiai, tačiau duomenys apie jo saugumą yra prieštaringi.
Benzodiazepinai	Rekomenduojami trumpą pusinės eliminacijos laiką turintys benzodiazepinai. Tinkamiausias pasirinkimas – lorazepamas.
Litis	Būtina reguliariai stebėti kūdikio inkstų funkciją, skydliaukės veiklą ir ličio koncentraciją kraujyje.
Elektrokonvulsinė terapija	Nedaro įtakos žindymui, gali būti taikoma.

SKD - santykinė kūdikio dozė

3.3.6. Psichosocialinė pagalba

Tyrimų apie psichosocialinių intervencijų veiksmingumą gydant PP trūksta, tačiau psichosocialinė pagalba yra laikoma svarbiu tolesnio sveikimo veiksnium. Šie pagalbos metodai gali būti pradedami taikyti suvaldžius ūmią būklę. Visų pirma, svarbi psichoedukacija – būtina suteikti reikiamą informaciją ne tik pacientei, tačiau ir jos partneriui ar kitiems artimiems žmonėms. Reikšmingą įtaką tolimesniam moters sveikimui gali suteikti artimųjų palaikymas arba dalyvavimas paramos grupėse. Atsižvelgiant į tai, kad sutrikimas gali lemti emocinės būklės ar santykių pablogėjimą, tiek pacientei, tiek jos partneriui gali būti rekomenduojama individuali arba porų psichoterapija, pvz., į šeimą orientuota terapija, kognityvinė elgesio terapija ar tarpasmeninė terapija [22]. Taip pat svarbu įvertinti motinos ir kūdikio ryšį ir prireikus jį stiprinti, pvz., formuoti glaudesnę emocinę ryšį gali padėti motinos mokymas atlikti kūdikio masažą [22, 76].

4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Literatūros apžvalga atskleidžia, kad nors PP pasitaiko retai, tik nuo 1 iki 2 iš 1000 gimdymų, tai yra itin pavojinga būklė, reikalaujanti greito atpažinimo ir tinkamo gydymo parinkimo. Siekiant užtikrinti optimalų gydymą ir išvengti nepageidaujamų pasekmių motinai, kūdikiui bei likusiems šeimos nariams, dauguma pogimdyminės psichozės atvejų reikalauja hospitalizacijos. Geriausių rezultatų pasiekama gydant moteris specializuotuose motinų ir kūdikių skyriuose, kur sudaromos sąlygos mamai būti kartu su kūdikiu, tačiau Lietuvoje tokia praktika kol kas nėra taikoma.

Nors vis dar trūksta tyrimų apie PP patofiziologiją, tačiau dabartiniai duomenys rodo, kad PP etiologija labiausiai susijusi su hormoniniais, imuniniais, genetiniais veiksniais bei cirkadinio ritmo sutrikimais. Didesnė PP rizika nustatyta moterims, turinčioms psichozinių sutrikimų ar bipolinio afektinio sutrikimo diagnozę, taip pat kai tokie sutrikimai pasireiškė jų šeimos nariams. Didžiausia rizika kyla moterims, turinčioms bipolinio sutrikimo ar ankstesnės pogimdyminės psichozės diagnozę. Siekiant išvengti PP, bipolinį sutrikimą turinčioms pacientėms rekomenduojama profilaktinė farmakoterapija nėštumo metu, o jau patyrusioms PP – po gimdymo. Nepaisant padidėjusios rizikos šioms pacientėms, PP gali išsivystyti ir prieš tai psichiatrinių diagnozių neturėjusioms moterims – apie 40% paveiktų moterų patiria izoliuotą PP.

PP simptomai įprastai pasireiškia per pirmąsias dvi savaites po gimdymo. Pradiniai požymiai gali būti dirglumo padidėjimas, nemiga, nuotaikos svyravimai. Pogimdyminės psichozės metu gali pasireikšti manija arba mišrūs epizodai (su arba be psichozės požymių), depresija su psichozės požymiais ar neafektinės psichozės epizodai. Taip pat gali pasireikšti kognityvinių funkcijų sutrikimai, pvz., dezorientacija ar sumišimas – tai gali priminti delyrą. PP sergančioms moterims dažnai kyla savižudiškos mintys arba noras pakenkti kūdikiui. Siekiant išvengti tragiškų pasekmių, tokių kaip moters savižudybė ar infanticidas, labai svarbu užtikrinti tinkamą visuomenės švietimą apie pogimdyminius psichikos sutrikimus, mažinti su jais susijusią stigmą bei didinti sveikatos priežiūros specialistų kompetencijas laiku atpažinti simptomus ir nukreipti moteris reikiamai pagalbai.

PP nėra įtraukta kaip atskiras sutrikimas nei į DSM-5, nei į TLK-10 ar TLK-11 diagnostines klasifikacijas. Dėl to gali kilti sunkumų nustatant tikslią diagnozę, parenkant tinkamą gydymą bei sprendžiant teisinius klausimus.

Pastebėjus, kad moteriai pasireiškia PP simptomatika, itin svarbu atlikti išsamią diferencinę diagnostiką ir atmesti organines priežastis, galinčias sukelti panašius simptomus.

Tam reikalinga surinkti išsamią anamnezę, atlikti fizinį ištyrimą bei reikalingus laboratorinius bei vaizdinius tyrimus. PP diferencijuoti reikia ir nuo kitų pogimdyminiu laikotarpiu pasireiškiančių sutrikimų, tokių kaip pogimdyminė melancholija, depresija, nerimas, obsesinis-kompulsinis sutrikimas ar potrauminio streso sutrikimas.

PP gydymas priklauso nuo vyraujančių simptomų bei individualių moters poreikių. Sujaudinimui ir nemigai valdyti skiriami benzodiazepinai, psichozės ir manijos simptomams – antipsichoziniai vaistai ir nuotaikos stabilizatoriai, o depresijos simptomams – antidepresantai. Pastarieji turėtų būti skiriami tik esant tinkamai nuotaikos stabilizacijai. Parenkant gydymo taktiką, svarbu atsižvelgti į tai, ar pacientė planuoja žindyti – tokiu atveju skiriami vaistai, pasižymintys mažiausia rizika žindomam kūdikiui. Kai kurioms pacientėms gali būti rekomenduojama EKT – ji ypač naudinga tais atvejais, kai pasireiškia katatonijos požymiai, stiprus sujaudinimas, atsisakančioms valgyti ar gerti, taip pat tais atvejais, kai depresija yra lydimą psichozės simptomų. Greta gydymo labai svarbu užtikrinti tiek moters, tiek jos artimųjų psichoedukaciją ir emocinę paramą.

5. IŠVADOS

Pogimdyminė psichozė yra reta, tačiau sunki psichikos būklė, kuri iki šiol lieka nepakankamai ištirta. Nepaisant grėsmės, keliamos motinos ir kūdikio gyvybei, vis dar nėra sukurta visuotinai pripažintų diagnostikos kriterijų, o didelė dalis sveikatos priežiūros specialistų apie šią būklę neturi pakankamai žinių – tai kelia pavojų pavėluotam būklės atpažinimui. Pogimdyminė psichozė dažnai reikalauja hospitalizacijos, dėl kurios motina atskiriama nuo kūdikio – tai gali neigiamai paveikti jų sveikatą ir emocinį ryšį. Nors kai kuriose šalyse veikia specializuoti skyriai, kuriuose motinos gali būti gydomos kartu su naujagimiais, jų vis dar trūksta daugelyje pasaulio šalių, įskaitant ir Lietuvą. Vis dėlto, nepaisant ligos sunkumo, laiku pradėtas gydymas dažniausiai lemia gerus sveikimo rezultatus.

6. REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į tai, jog pogimdyminė psichozė yra sunki būklė, kelianti grėsmę tiek motinos, tiek kūdikio gyvybei, itin svarbu ir toliau šviesti visuomenę ir tobulinti sveikatos priežiūros specialistų įgūdžius, siekiant užtikrinti greitą rizikos veiksnių ar pirmųjų simptomų atpažinimą ir tinkamą pacienčių nukreipimą pagalbai. Šiuos procesus palengvintų aiškos pogimdyminės psichozės atpažinimo gairės. Taip pat reikalingos oficialios gydymo rekomendacijos, kurios užtikrintų struktūrizuotą šio sutrikimo valdymą. Pogimdyminės

psichozės įtraukimas į tarptautines diagnostines klasifikavimo sistemas, tokias kaip DSM ir TLK, padėtų tiksliau nustatyti diagnozę bei užtikrintų teisingus teismo sprendimus.

Svarbu sudaryti sąlygas motinoms būti gydomoms specializuotuose skyriuose kartu su kūdikiais, taip paskatinant motinos ir kūdikio ryšio formavimąsi. Be to, psichiatrijos įstaigos turėtų būti pritaikytos patenkinti pogimdyminiu laikotarpiu gydomų moterų akušerinius poreikius, įskaitant pagalbą žindančioms bei atsigauanančioms po gimdymo komplikacijų moterims.

Taip pat būtina tęsti mokslinius tyrimus, siekiant geriau suprasti pogimdyminės psichozės etiologiją – ypač kaip šio sutrikimo atsiradimą veikia imunologiniai, genetiniai, hormoniniai veiksniai ir cirkadinio ritmo sutrikimai. Platesnis etiologinių veiksnių supratimas gali padėti kurti prevencines priemones bei lemti ankstyvą sutrikimo atpažinimą.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primer* [Internet]. 2018 Apr 26 [cited 2024 Oct 2];4(1):18022. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201822>
2. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, et al. Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med* [Internet]. 2023 Jan 13 [cited 2025 Jan 25];13(1):154. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9863514/>
3. Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2023 Feb [cited 2024 Sep 22];25(2):65–72. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11920-022-01406-4>
4. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci* [Internet]. 2021 Jan 4 [cited 2024 Oct 2];11(1):47. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/1/47>
5. Michalczyk J, Miłosz A, Soroka E. Postpartum Psychosis: A Review of Risk Factors, Clinical Picture, Management, Prevention, and Psychosocial Determinants. *Med Sci Monit* [Internet]. 2023 Nov 3 [cited 2024 Nov 9];29. Available from: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/942520>
6. on behalf of the Maternal Morbidity Working Group, VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Dec [cited 2024 Oct 2];17(1):272. Available from: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1427-7>
7. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Oct 2];173(12):1179–88. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
8. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2021 Oct 20 [cited 2025 Apr 10];11(1):543. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01663-6>
9. Fairbrother N, Collardeau F, Albert AYK, Challacombe FL, Thordarson DS, Woody SR, et al. High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 23 [cited 2025 Feb 25];82(2). Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/high-prevalence-ocd-across-pregnancy-and-postpartum>
10. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 Jan [cited 2025 Feb 25];208:634–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716306814>

11. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2018 May [cited 2025 Jan 25];51:24–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638317302357>
12. Adefuye PO, Fakoya TA, Odusoga OL, Adefuye BO, Ogunsemi SO, Akindele RA. Postpartum mental disorders in Sagamu. *East Afr Med J*. 2008 Dec;85(12):607–11.
13. Bang RA, Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD, Baitule SB, Filippi V. Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: A prospective observational study in Gadchiroli, India. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2004 Mar [cited 2025 Apr 29];111(3):231–8. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00063.x>
14. Nager A, Sundquist K, Ramírez-León V, Johansson LM. Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2008 Jan [cited 2025 Apr 29];117(1):12–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2007.01096.x>
15. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses: Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1998 Jun [cited 2025 Apr 29];172(6):521–6. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000150305/type/journal_article
16. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. Psychotic Illness in First-Time Mothers with No Previous Psychiatric Hospitalizations: A Population-Based Study. Hay P, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Feb 10 [cited 2025 Apr 29];6(2):e1000013. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000013>
17. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2008 Jul 7 [cited 2025 Apr 29];65(7):805. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.65.7.805>
18. Kobylski LA, Arakelian MH, Freeman MP, Gaw ML, Cohen LS, Vanderkruik R. Barriers to care and treatment experiences among individuals with postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2024 Aug [cited 2025 May 2];27(4):637–47. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00737-024-01447-z>
19. Raza SK, Raza S. Postpartum Psychosis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Feb 2]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>
20. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2024 Nov 9];173(2):117–27. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15010124>

21. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet* [Internet]. 2016 Apr [cited 2024 Nov 10];387(10027):1561–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361500241X>
22. Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. *J Psychopharmacol (Oxf)* [Internet]. 2023 Oct [cited 2025 Feb 10];37(10):960–70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02698811231181573>
23. Tinkelman A, Hill EA, Deligiannidis KM. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period: (ASCP Corner). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2017 Dec 27 [cited 2025 Jan 23];78(9):1423–4. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/new-onset-psychosis-in-the-postpartum-period>
24. Florio AD, Yang JMK, Crawford K, Bergink V, Leonenko G, Pardiñas AF, et al. Postpartum psychosis and its association with bipolar disorder in the UK: a case-control study using polygenic risk scores. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Apr 11];8(12):1045–52. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00253-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00253-4/abstract)
25. Conejo-Galindo J, Sanz-Giancola A, Álvarez-Mon MÁ, Ortega MÁ, Gutiérrez-Rojas L, Lahera G. Postpartum Relapse in Patients with Bipolar Disorder. *J Clin Med* [Internet]. 2022 Jul 8 [cited 2025 Feb 22];11(14):3979. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/3979>
26. Nguyen K, Mukona LT, Nalbandyan L, Yar N, St. Fleur G, Mukona L, et al. Peripartum Complications as Risk Factors for Postpartum Psychosis: A Systemic Review. *Cureus* [Internet]. [cited 2025 Jan 20];14(9):e29224. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9495292/>
27. Antoniou E, Orovou E, Politou K, Papatrechas A, Palaska E, Sarella A, et al. Postpartum Psychosis after Traumatic Cesarean Delivery. *Healthc Basel Switz*. 2021 May 16;9(5):588.
28. Yang Y, Li W, Ma TJ, Zhang L, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of Poor Sleep Quality in Perinatal and Postnatal Women: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Mar 13 [cited 2025 Apr 12];11:161. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.00161/full>
29. Carr C, Borges D, Lewis K, Heron J, Wilson S, Broome MR, et al. Sleep and Postpartum Psychosis: A Narrative Review of the Existing Literature. *J Clin Med*. 2023 Dec 7;12(24):7550.
30. Perry A, Gordon-Smith K, Lewis KJS, Di Florio A, Craddock N, Jones L, et al. Perinatal sleep disruption and postpartum psychosis in bipolar disorder: Findings from the UK BDRN Pregnancy Study. *J Affect Disord*. 2024 Feb 1;346:21–7.

31. Lewis KJS, Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Perry A, Craddock N, et al. Mania triggered by sleep loss and risk of postpartum psychosis in women with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:624–9.
32. Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Robertson Blackmore E, Heron J, et al. Mood disorders and parity – A clue to the aetiology of the postpartum trigger. *J Affect Disord* [Internet]. 2014 Jan [cited 2025 Feb 4];152–154(100):334–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025607/>
33. Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Nov 14];45(3):455–68. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889854518300391>
34. Tsokkou S, Kavvadas D, Georgaki MN, Papadopoulou K, Papamitsou T, Karachrysafi S. Genetic and Epigenetic Factors Associated with Postpartum Psychosis: A 5-Year Systematic Review. *J Clin Med* [Internet]. 2024 Feb 8 [cited 2025 Jan 17];13(4):964. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/4/964>
35. Kępińska AP, Robakis TK, Humphreys K, Liu X, Kahn RS, Munk-Olsen T, et al. Familial risk of postpartum psychosis [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.07.20.23292910>
36. Işık M. Postpartum Psychosis. *East J Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 1];23(1):60–3. Available from: https://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=ejm&plng=eng&un=EJM-62207
37. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K, Pop VJ, De Wit H, Drexhage RC, et al. Immune System Dysregulation in First-Onset Postpartum Psychosis. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2013 May [cited 2025 Apr 11];73(10):1000–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322312009869>
38. Sathyanarayanan G, Thippeswamy H, Mani R, Venkataswamy M, Kumar M, Philip M, et al. Cytokine alterations in first-onset postpartum psychosis-clues for underlying immune dysregulation. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 2019 Apr [cited 2025 Apr 11];42:74–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201818310438>
39. Reilly TJ, Roberts E, Sagnay De La Bastida VC, McGuire P, Dazzan P, Cullen AE. Systematic review of the association between adverse life events and the onset and relapse of postpartum psychosis. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 Apr 17 [cited 2025 Apr 11];14:1154557. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1154557/full>
40. Warselius P, Chattingius S, Li J, Wei D, Valdimarsdottir UA, Kosidou K, et al. Maternal bereavement shortly before or during pregnancy and risk of postpartum psychotic illness: a population-based study from Denmark and Sweden. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2019 Apr [cited 2025 Apr 11];Volume 11:285–98. Available from: <https://www.dovepress.com/maternal-bereavement-shortly-before-or-during-pregnancy-and-risk-of-po-peer-reviewed-article-CLEP>

41. Perry A, Gordon-Smith K, Webb I, Fone E, Di Florio A, Craddock N, et al. Postpartum psychosis in bipolar disorder: no evidence of association with personality traits, cognitive style or affective temperaments. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 12;19(1):395.
42. Sharma V, Mazmanian D, Palagini L, Bramante A. Postpartum psychosis: Revisiting the phenomenology, nosology, and treatment. *J Affect Disord Rep* [Internet]. 2022 Dec [cited 2025 Jan 30];10:100378. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915322000713>
43. Gordon-Smith K, Perry A, Di Florio A, Forty L, Fraser C, Casanova Dias M, et al. Symptom profile of postpartum and non-postpartum manic episodes in bipolar I disorder: a within-subjects study. *Psychiatry Res*. 2020 Feb;284:112748.
44. Brockington I. Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017 Feb [cited 2025 Feb 23];20(1):63–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-016-0675-8>
45. Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disord* [Internet]. 2017 Sep [cited 2024 Nov 14];19(6):450–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bdi.12523>
46. Spinelli M. Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Oct;24(5):817–22.
47. Albers SM, Wen T, Monk C, Logue TC, D’Alton ME, Booker WA, et al. Postpartum psychosis during delivery hospitalizations and postpartum readmissions, 2016–2019. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Feb 1];5(5):100905. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933323000472>
48. Baldaçara L, Leite V da S, Teles ALS, da Silva AG. Puerperal psychosis: an update. *Rev Assoc Médica Bras* [Internet]. [cited 2025 Feb 1];69(Suppl 1):e2023S125. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10411698/>
49. Rhodes AM. Why a DSM diagnosis of postpartum psychosis is important for women in the US legal system. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2025 Feb 1];24(5):799–800. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01174-9>
50. Aliukonienė R, Navickas A, Bareikytė A. Naujagimio nužudymo teisiniai ir medicininiai aspektai. *Sveik Moksl* [Internet]. 2016 Mar 29 [cited 2025 Apr 30];26(1):65–9. Available from: <https://sm-hs.eu/murder-of-newborn-legal-and-medical-aspects/>
51. Naujagimius nužudžiusių moterų ekspertinių tyrimų Valstybinėje teismo psichiatrijos tarnyboje prie SAM 1994 – 2014 m. duomenų analizė. *ResearchGate* [Internet]. 2015 [cited 2025 Apr 30]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/291012085_Naujagimius_nuzudziusiu_moteru_ekspertiniu_tyrimu_Valstybineje_teismo_psichiatrijos_tarnyboje_prie_SAM_1994_-_2014_m_duomenu_analize
52. Friedman SH, Prakash C, Nagle-Yang S. Protecting mother and infant. 2019;

53. Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2015 Jun 15;91(12):856–63.
54. Bergink V, Armangue T, Titulaer MJ, Markx S, Dalmau J, Kushner SA. Autoimmune Encephalitis in Postpartum Psychosis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Feb 24];172(9):901–8. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.14101332>
55. Reddy MSS, Nahar A, Thippeswamy H, Kumar CS. Psychosis as a late manifestation of Sheehan's syndrome. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 2017 Feb [cited 2025 Feb 24];25:228–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201816304737>
56. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. 2019 Jan 27 [cited 2025 Feb 25];70(1):183–96. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-med-041217-011106>
57. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2018 May [cited 2025 Feb 25];51:24–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638317302357>
58. Munir S, Takov V. Generalized Anxiety Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Apr 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>
59. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec [cited 2025 Feb 25];21(1):487. Available from: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03432-7>
60. Hudepohl N, MacLean JV, Osborne LM. Perinatal Obsessive–Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2022 Apr [cited 2025 Feb 25];24(4):229–37. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11920-022-01333-4>
61. Sandia I, Baptista T. Egodistónico: Una Revisión en Busca de Definiciones. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2022 Jul [cited 2025 Apr 14];51(3):240–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745020301207>
62. Purvaneckienė G, Venslovaitė V, Stonkuvienė I, Žiliukaitė R. Smurtas artimoje aplinkoje: prevencija, apsauga, pagalba, bendradarbiavimas. Kokybinio tyrimo ataskaita. Vilnius: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija; 2019.
63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Veiksmai, stiprinant pagalbą nėščiosioms, gimdyvėms ir mamoms (tėvams), patiriantiems psichikos sveikatos sunkumų. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2023.

64. Nacionalinis savijudybių prevencijos veiksmų planas 2023–2026 metams [Internet]. 2023 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0f25ee7165ee11eea182def3ac5c11d6?jfwid=-7j2b43b4x>
65. Toor R, Wiese M, Croicu C, Bhat A. Postpartum Psychosis: A Preventable Psychiatric Emergency. *Focus* [Internet]. 2024 Jan [cited 2025 Feb 15];22(1):44–52. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20230025>
66. Connellan K, Bartholomaeus C, Due C, Riggs DW. A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017 Jun [cited 2025 Feb 10];20(3):373–88. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-017-0718-9>
67. Bergink V, Burgerhout KM, Koorengevel KM, Kamperman AM, Hoogendijk WJ, Lambregtse-van Den Berg MP, et al. Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2025 Feb 17];172(2):115–23. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2014.13121652>
68. Rundgren S, Brus O, Båve U, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, et al. Improvement of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: A population-based study with a matched comparison group. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 Aug [cited 2025 Feb 17];235:258–64. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032718302064>
69. Rönqvist I, Brus O, Hammar Å, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, et al. Rehospitalization of Postpartum Depression and Psychosis After Electroconvulsive Therapy: A Population-Based Study With a Matched Control Group. *J ECT*. 2019 Dec;35(4):264–71.
70. Fornaro M, Maritan E, Ferranti R, Zaninotto L, Miola A, Anastasia A, et al. Lithium Exposure During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review and Meta-Analysis of Safety and Efficacy Outcomes. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2025 Feb 26];177(1):76–92. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2019.19030228>
71. Chokhawala K, Lee S, Saadabadi A. Lithium. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519062/>
72. Chaney L. Treatment of postpartum psychosis in breastfeeding females. *Ment Health Clin*. 2024 Oct;14(5):277–9.
73. Uguz F. Second-Generation Antipsychotics During the Lactation Period: A Comparative Systematic Review on Infant Safety. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2016 Jun [cited 2025 Feb 21];36(3):244–52. Available from: <https://journals.lww.com/00004714-201606000-00009>

74. Gehrmann A, Fiedler K, Leutritz AL, Koreny C, Kittel-Schneider S. Lithium Medication in Pregnancy and Breastfeeding—A Case Series. *Medicina (Mex)* [Internet]. 2021 Jun 18 [cited 2025 Feb 18];57(6):634. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/57/6/634>
75. Heinonen E, Tötterman K, Bäck K, Sarman I, Svedenkrans J, Forsberg L. Lithium use during breastfeeding was safe in healthy full-term infants under strict monitoring. *Acta Paediatr* [Internet]. 2022 Oct [cited 2025 Feb 18];111(10):1891–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.16444>
76. Vicente S, Veríssimo M, Diniz E. Infant massage improves attitudes toward childbearing, maternal satisfaction and pleasure in parenting. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2017 Nov [cited 2025 May 7];49:114–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638316302375>