

Lietuvos psichologų sąjungos

Reprodukcinės psichologijos specialistų grupė



**KAIP ATPAŽINTI IR SUTEIKTI PAGALBĄ NĖŠČIOSIOMS, GIMDYVĖMS
IR TĖVAMS, ESANT POGIMDYMINĖS DEPRESIJOS POŽYMIAMS**

PSICHOLOGAMS SKIRTOS PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Kaunas

2024

Parengė:

Psichologė dr. Milda Kukulskienė

Psichologė dr. Justina Slavinskienė

Psichologė-psichoterapeutė Sigita Valevičienė

Recenzavo:

Medicinos psichologė dr. Raimonda Petrolienė (VšĮ „Auki sveikas“ klinika)

Medicinos psichologė Vaiva Karaliūnaitė-Skrickienė (LSMU Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinika).



Rekomendacijos parengtos vykdant projektą „Pogimdyminės depresijos prevencija: sveikatos priežiūros specialistų gebėjimų atpažinti ir padėti stiprinimas“. Projektas finansuojamas Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis, kurį administruoja Sveikatos apsaugos ministerija.



Projekto vykdytojas Pogimdyminės depresijos centras, VšĮ „Mediapressa“,



Partneriai Lietuvos psichologų sąjungos Reprodukcinės psichologijos specialistų grupė.

TURINYS

I.	SAVOKOS.....	3
II.	ĮVADAS.....	3
III.	REKOMENDACIJOS.....	4
	3.1. Rekomendacijos prieš pradėdant darbą.....	4
	3.2. Rekomendacijos darbo pradžiai.....	6
	3.3. Rekomendacijos tęstinėms psichologo konsultacijoms.....	7
IV.	PAPILDOMA AKTUALI INFORMACIJA.....	8
	4.1. Pogimdyminės depresijos paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje.....	8
	4.2. Pogimdyminės depresijos samprata ir simptomatika.....	9
	4.3. Pogimdyminės depresijos rizikos ir atsparumo veiksniai.....	11
	4.4. Pogimdyminės depresijos nustatymo ypatumai.....	13
	4.5. Psichologinės pagalbos teikimo ypatumai.....	15
	4.6. Pogimdyminė depresija ir kiti psichikos sutrikimai.....	16
V.	APIBENDRINIMAS.....	17
VI.	NAUDOTA LITERATŪRA.....	18

I. SĄVOKOS

Prenatalinis (antentalinis) laikotarpis – nėštumo laikotarpis iki gimdymo.

Perinatalinis laikotarpis – tai laikotarpis, skaičiuojamas nuo 22 nėšt. savaitės (154 d.) iki 7 naujagimio chronologinio amžiaus dienos (168 val.). Šiame leidinyje sąvoka taip pat vartojama platesne prasme, apjungiant nėštumo, gimdymo ir ankstyvąjį pogimdyminį laikotarpį.

Klientas(-ė) – tai asmuo, kuris naudojasi psichologo teikiamomis paslaugomis (psichologinio įvertinimo, konsultavimo ir kt.). Šiame leidinyje kliento(-ės) sąvoka vartojama įtraukiant ir pacientus, kuriems pagalbą teikia medicinos psichologai sveikatos priežiūros įstaigose.

II. ĮVADAS

Šios praktinės rekomendacijos skirtos:

- a) Medicinos psichologams, dirbantiems sveikatos priežiūros įstaigose,
- b) Psichologams, teikiantiems psichologinio konsultavimo paslaugą asmenims, išgyvenantiems pogimdyminės depresijos požymius.

Rekomendacijų tikslas – psichologinio konsultavimo paslaugas teikiantiems specialistams suteikti informaciją, kaip atpažinti pogimdyminės depresijos požymius ir kaip kokybiškai teikti psichologinę pagalbą nėščiosioms, gimdyvėms bei mamoms (tėvams), išgyvenantiems pogimdyminę depresiją.

III. REKOMENDACIJOS

3.1 Rekomendacijos, prieš pradėdant darbą

Psichologinio konsultavimo paslaugą teikiantis specialistas, prieš pradėdamas darbą su nėštumą planuojančiomis, besilaukiančiomis ar per pastaruosius dvejus metus pagimdžiusiomis klientėmis ir/ar jų šeimomis turėtų:

1. Remtis naujausia informacija apie pogimdyminės depresijos paplitimą Lietuvoje ir pasaulyje, vadovaujantis moksliniais tyrimais.
2. Būti išgilinęs į pogimdyminės depresijos sampratą, žinoti, kaip apibrėžiama pogimdyminė melancholija, pogimdyminė depresija ir pogimdyminė psichoze.
3. Išmanyti pogimdyminės depresijos būklių simptomatiką ir gebėti diferencijuoti pogimdyminę melancholiją, depresiją ir psichoze.
4. Išmanyti nėštumo, gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio psichofiziologinius, ypač – hormonų pokyčius, dėl kurių gali kilti rizika patirti pogimdyminę depresiją.
5. Išmanyti moksliskai pagrįstus pogimdyminės depresijos rizikos veiksnius, gebėti juos atpažinti ir prevenciškai prognozuoti pogimdyminės depresijos riziką.

6. Išmanyti moksliai pagrįstus pogimdyminės depresijos atsparumo veiksnius ir gebėti diferencijuoti, kurie iš jų yra efektyviai veikiantys konkretaus asmens situacijoje.
7. Būti įsigilinęs į pogimdyminės depresijos diagnostikos procesą ir išmanyti diagnostikos kriterijus.
8. Kartu vertinant simptomus, rizikos ir atsparumo veiksnius, vadovaujantis holistiniu požiūriu, gebėti apibendrinti rizikos vertinimą.
9. Gebėti diferencijuoti pogimdyminės depresijos simptomus ir kitus komorbidinius psichikos sutrikimus (nuotaikos sutrikimai, potrauminio streso sutrikimas ir kt.).
10. Esant indikacijoms, tinkamai atlikti savižalos ir suicidinės grėsmės vertinimą.

3.2. Rekomendacijos darbo pradžiai

Psichologinio konsultavimo paslaugą teikiantis specialistas, pradėdamas darbą su nėštumą planuojančiomis, besilaukiančiomis ar per pastaruosius dvejus metus pagimdžiusiomis klientėmis ir/ar jų šeimomis turėtų:

1. Kalbantis ir stebint, su empatija ir pagarba įvertinti, kokius fizinius nemalonius pojūčius jaučia klientė, kiek dažnai jie pasireiškia, kokio intensyvumo pojūčiai vargina.
2. Kalbantis ir stebint, su empatija ir pagarba įvertinti paskutinį mėnesį dominuojančias emocijas, jų intensyvumą, kaitą paroje ir/ar savaitės dienose.
3. Kalbantis ir stebint, su empatija ir pagarba įvertinti, kokie socialiniai pokyčiai įvyko perinataliniu laikotarpiu ir gebėti nustatyti jų išorines ir vidines priežastis.
4. Kartu su kliente pokalbio metu tyrinėti ankstesnę gyvenimo istoriją, siekiant atsakyti, ar išsakomi sunkumai buvo pasireiškę praeityje. Jeigu taip, išsiaiškinti kada, dėl kokių priežasčių sunkumai pasireiškė ir kokia pagalba tada buvo efektyvi.
5. Įvertinus varginančių fizinių, psichologinių ir socialinių sunkumų pasireiškimo trukmę, intensyvumą ir pasikartojimą, rekomenduojama atlikti psichologinį emocinės būsenos (esant poreikiui – ir platesnės apimties) įvertinimą, įtraukiant Edinburgo pogimdyminės depresijos įvertinimo skalę ir kitus vertinimo instrumentus.
6. Taikyti bent tris skirtingo tipo psichologinio įvertinimo metodus depresijos požymių kiekiui, kaitai įvertinti (stebėjimas, klinikinis interviu, specifiniai klausimynai, tarp kurių

būtinai naudojama Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė, ir kiti reikiami metodai, pvz., projekciniai metodai).

7. Apibendrinant stebėjimo, klinikinio interviu, specifinių klausimynų ir kitais metodais gautus duomenis rekomenduojama:

→ Padidintos rizikos atvejams priskirti tas moteris, kurios Edinburgo pogimdyminės depresijos skalėje surinko 10-12 balų, o remiantis klinikinio interviu, stebėjimo ir kitų taikytų metodų duomenimis galima teigti, kad moteris ateityje gali išgyventi klinikinę depresiją, nes šiuo metu patiria jai nemalonius emocinius išgyvenimus ir socialinius pasikeitimus, tačiau kasdieninė veikla ir prisitaikymas nėra ženkliai sutrikdyti (APA, 2022; Bunevičius ir kt., 20029).

- Tokiu atveju psichologinio konsultavimo paslaugą teikiantis specialistas turėtų proaktyviai siūlyti ir organizuoti tęstines psichologines konsultacijas, informuoti apie savipagalbos būdus, esant poreikiui – į pagalbos moteriai teikimą įtraukti ir jos šeimos narius ar kitus artimus asmenis.

→ Klinikinės rizikos atvejams priskirti tas moteris, kurios Edinburgo depresijos skalėje surinko 13 ir daugiau balų, o klinikinio interviu, stebėjimo ir kitų taikytų metodų duomenys rodo, kad moteris patiria ženklus nuotaikos, socialinius ir fizinius požymius, priskiriamus klinikinei depresijai (APA, 2022; Bunevičius ir kt., 20029).

- Tokiu atveju psichologinio konsultavimo paslaugą teikiantis specialistas turėtų:

- a) Empatiškai, tačiau aktyviai motyvuoti klientę vizitui pas gydytoją psichiatrą;
- b) Laikantis profesinės etikos standartų bendradarbiauti su gydytoju psichiatru;
- c) Proaktyviai siūlyti tęsti ilgalaikes psichologo ar psichoteraputo konsultacijas;
- d) Suplanuoti pakartotinius psichikos sveikatos būklės įvertinimus;
- e) Pagalbos moteriai teikimo eigoje skatinti įsitraukti ir jos šeimos narius, o dar vėliau – įtraukti savipagalbos būdus.

3.3. Rekomendacijos tęstinėms psichologo konsultacijoms

Psichologinio konsultavimo paslaugą teikiantis specialistas, teikdamas tęstinę pagalbą su nėštumą planuojančiomis, besilaukiančiomis ar per pastaruosius dvejus metus pagimdžiusiomis klientėmis, išgyvenančiomis klinikinę depresiją po gimdymo, turėtų tikslingai siekti:

Procese:

- Kurti empatišką, normalizuojantį ir priimantį santykį;
- Sukurti ir užtikrinti saugią terapinę erdvę tyrinėti kylančius jausmus, siekiant paskatinti atvirą atsiskleidimą ir emocijų iškrovą;
- Užtikrinti tęstinį pogimdyminės depresijos požymių dinamikos ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų rizikos vertinimą;
- Bendradarbiauti su kitais specialistais (psichiatru, socialiniu darbuotoju ir kt.), potencialiai galinčiais padėti klientei, išgyvenančiai depresiją po gimdymo;
- Atspindėti ir skatinti pačiai pastebėti pozityvius pokyčius konsultacijų procese.

Turinyje:

- Aptarti sveikos gyvensenos veiksnius, tokius kaip mityba, miegas ar judėjimas, skatinant klientę užtikrinti kylančių savo fizinį ir emocinį asmens poreikių patenkinimą;
- Skatinti klientę kurti sveikas ribas, atlaikant išorinį aplinkos spaudimą;
- Įgalinti klientę pastebėti išorinius ir vidinius savo resursus ir jais naudotis;
- Padėti klientei formuoti adekvačius lūkesčius sau, drąsinti ir mokyti kritiškai įvertinti bei pasirinkti informacinį srautą;
- Skatinti ir drąsinti klientę atpažinti, reflektuoti ir viduje konfrontuoti vidines destruktivias mintis – darbe nevengti kaltės, gėdos, kritiškumo sau, perfekcionizmo ir panašių temų;
- Skatinti priimti šešėlinės motinystės patirties integraciją – pykčio, nesaugumo, kontrolės praradimo, atsakomybės ir vidinės ambivalencijos;
- Atkreipti klientės dėmesį į poros santykių dinamiką, padedant rasti konstruktyvius būdus reikšti savo poreikius santykiuose, išsakyti savo jausmus partneriui ir įsisąmoninti savo santykio kūrimo būdus;
- Skatinti ir palaikyti žindymo, artimo fizinio kontakto su kūdikiu ir prieraišumo procesus;
- Pastebėti ir skatinti pozityvias interakcijas su vaiku;
- Tyrinėti santykius su aplinkiniais žmonėmis, skatinti gyvą bendravimą, atsivėrimą, dalijimąsi savo motinystės patirtimi saugioje erdvėje.

IV. PAPILDOMA AKTUALI INFORMACIJA

4.2. Pogimdyminės depresijos paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje.

Remiantis PSO (2024), apie 10 proc. besilaukiančių ir 13 proc. neseniai pagimdžiusių moterų patiria psichikos sveikatos sutrikimus, dažniausiai – depresiją. Besivystančiose šalyse šie skaičiai dar didesni – siekia net 15,6 proc. nėštumo ir 19,8 proc. laikotarpiu po gimdymo (PSO, 2024). DSM-5-TR teigiama, kad laikotarpiu nuo pastojimo iki gimdymo 9 proc. moterų diagnozuojamas didžiosios depresijos epizodas, o vertinant ilgesnį laikotarpį nuo gimdymo iki 12 mėn. po gimdymo – 7 proc. Didelės apimties, net 27 studijų metaanalizė (n = 130000), atskleidė, kad vidutinis paplitimas yra 14 proc. Jis priklauso nuo socio-kultūrinio konteksto (pvz., 21 proc. Kinijoje, 14 proc. Japonijoje) (Liu ir kiti, 2022). Taip pat klinikinėje aplinkoje atlikti tyrimai (n = 200000) atskleidžia 10-16 proc. paplitimą (Liu ir kiti, 2022). Vis dėlto, pabrėžiama, kad apie 50 proc. atvejų lieka nedidžiosios depresijos stigmos ir pacienčių vengimo atskleisti simptomus (Carlson ir kiti, 2024). Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidžia ne pogimdyminės depresijos diagnozuoto sutrikimo paplitimą, o įprastai vertina būdingų simptomų paplitimą. Apklausoje „Mano gimdymas“ rezultatai atskleidė, kad iš beveik 2,7 tūkst. apklausoje dalyvavusių 2019–2020 m. Lietuvoje gimdžiusių moterų 20,54 proc. turėjo reikšmingų pogimdyminės depresijos simptomų. Longitudinis A. Česnauskaitės (2024) tyrimas (n = 335) atskleidė, kad 18 proc. dalyvių nėštumo metu pasižymėjo išreikšta depresijos rizika, o 26,3 proc. priklausė aukštos, klinikinės depresijos rizikos grupei. 13,2 proc. nurodė, jog joms kildavo minčių save žaloti. Daugiau nei penktadalis tiriamųjų po gimdymo pateko į padidėjusios depresijos rizikos grupę (22,9 proc.) ir trečdalis (30,2 proc.) tyrimo dalyvių buvo priskirtos prie aukštos (klinikinės) depresijos rizikos kategorijos. 22,5 proc. nurodė, jog joms kildavo minčių save žaloti.

4.2. Pogimdyminės depresijos samprata ir simptomatika.

Su pogimdymine depresija susijusios psichikos sveikatos būklės gali būti klasifikuojamos į normalias reakcijas nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu, pogimdyminį liūdesį, pogimdyminę depresiją ir pogimdyminę psichozę. Psichikos sveikatos specialistams atliekant psichologinį klientų įvertinimą nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu svarbu būti susipažinusiems su šių būklių išraiškomis, simptomatika ir paplitimu.

Pogimdyminė melancholija (kitai – pogimdyminis/motinystės liūdesys, motinystės melancholija arba subklinikinė depresija) – tai emocinės būklės patologija, kai pasireiškia tik dalis depresijai būdingų požymių, todėl tai neatitinka klinikinės depresijos diagnostikos kriterijų ir nėra laikoma psichikos sutrikimu. Ši būklė nustatoma 50-80 proc. moterų. Požymiai yra sukelti hormonų po gimdymo disbalanso, paprastai pasireiškia praėjus 2-3 d. po gimdymo, o piką pasiekia 5-7 d. ir tęsiasi ne ilgiau kaip dvi savaites. Jei tai tik pogimdyminis liūdesys, antrąją savaitę simptomai pradeda švelnėti, blankti. Tačiau užsitęsęs pogimdyminis liūdesys (komplikuotas pogimdyminis liūdesys) gali peraugti į depresiją. Pogimdyminiam liūdesiui būdinga (APA, 2022):

- Kintanti nuotaika (nuo didžiulio džiaugsmo iki verksmingumo);
- Nerimas;
- Miego sunkumai;
- Dirglumas, greitai kylantis ir praeinantis susierzinimas;
- Didelis nuovargis;
- Prasta dėmesio koncentracija;
- Nenustygimo vietoje, nekantravimo jausmas.

Pogimdyminė depresija (kitai – pogimdyvinė depresija, perinatalinė depresija arba depresija po gimdymo) dažniausiai prasideda jau nėštumo laikotarpiu arba per 4-6 savaites po gimdymo. Klinikinėje praktikoje gali būti diagnozuojama ir per pirmuosius 6-12 mėn. po gimdymo. Sutrikimo kilmė siejama su moters organizmo psichologiniu ir biologiniu pažeidžiamumu perinataliniu laikotarpiu, kurį sąlygoja psichologinių ir biologinių (ypatingai serotonino) resursų stygius. Pogimdyminei depresijai būdingas simptomų kompleksiskumas. Pogimdyminės depresijos simptomai (APA, 2022):

- Liūdna, prislėgta nuotaika;
- Jautimasis „bloga mama“;
- Baimė su(si)žeisti ar kitaip pakenkti kūdikiui arba sau;
- Jautimasis menkaverte, savęs kaltinimas;
- Interesų veiklose, kurios anksčiau teikė malonumą, praradimas;
- Energijos neturėjimas, padidėjęs nuovargis išlieka net pamiegojus;

- Apetito pokyčiai;
- Miego sunkumai arba miegojimas visą dieną;
- Verkimas „be priežasties“;
- Dažna netikslinga fizinė veikla (pvz., negalėjimas ramiai išstovėti, trypčiojimas, rankų gražymas) arba sulėtėję judesiai bei kalba (veiksmai stipriai išreikšti, pastebimi kitų);
- Sulėtėjęs mąstymas, dėmesio koncentracija ir sprendimų priėmimas;
- Mintys apie mirtį ar savižudybę;
- Susidomėjimo kūdikiu stoka, ryšio su kūdikiu nejautimas arba stipriai išreikštas nerimastingumas, susijęs su kūdikiu.

Pogimdyminė psichozė – pogimdyminę depresiją gali lydėti pasireiškiantys psichotiniai simptomai (pvz., įsakmaus pobūdžio haliucinacijos nužudyti kūdikį, kliedesiai, kad kūdikis yra apsėstas, blogas, bet haliucinacijos ar kliedesiai psichozės atveju gali ir nepasireikšti). Psichozės simptomai, remiantis DSM-5-TR, pasireiškia 1/500-1/1000 atvejų po gimdymo ir yra dažnesni tarp pirmą kartą pagimdžiusių moterų. Psichozės simptomų riziką (30-50 proc.) didina anksčiau pasireiškę psichotiniai simptomai, depresijos ar bipolinio sutrikimo diagnozė anamnezėje, bipolinio sutrikimo šeimos narių diagnozė.

4.3. Pogimdyminės depresijos rizikos ir atsparumo veiksniai.

Siekiant užtikrinti pogimdyminės depresijos prevenciją, įvertinti pasireiškimo riziką, depresijos išreikštumo laipsnį, kartu su klientu tyrinėjant problemos atsiradimo priežastis bei ieškant atsparumą lemiančių resursų, psichikos sveikatos specialistams svarbu išmanyti moksliniais tyrimais pagrįstus rizikos bei atsparumo veiksnius.

Bendrieji pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai (Danilevičiūtė, 2006):

- Ankstesnis depresijos epizodas gyvenimo eigoje;
- Artimų giminaičių sirgimas klinicine depresija;
- Depresijos pradžia iki 40 m.;
- Kartu pasireiškiančios somatinės ligos;
- Psichologinės traumos;
- Suicidiniai bandymai gyvenimo eigoje;

- Moteriškoji lytis;
- Pogimdyminis laikotarpis;
- Socialinės ir psichologinės paramos stoka;
- Piktnaudžiavimas priklausomybę sukeliančiomis medžiagomis.

Perinataliniai biologiniai pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai (Viguera ir kiti, 2024):

- Klinikinės depresijos epizodas anksčiau gyvenime;
- Vaistų nutraukimas sergant lėtine ar kartotine depresija;
- Po ankstesnių gimdymų pasireiškusi pogimdyminė depresija;
- Artimų giminaičių sirgimas klinikine depresija.

Kiti perinataliniai ir psichosocialiniai pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai (Viguera ir kiti, 2024):

- Stresiniai gyvenimo įvykiai nėštumo metu ar pagimdžius (pvz., santuokiniai konfliktai, emigracija, COVID-19 pandemija);
- Partnerio, šeimos ir socialinės paramos stoka;
- Žemesnė socialinė ekonominė padėtis;
- Jaunas moters amžius (<25 m.);
- Vienišas statusas;
- Daugiau nei vieno vaiko turėjimas;
- Smurtas ir prievarta nėštumo ar pogimdyminiu laikotarpiu;
- Smurtas, prievarta (ypač – seksualinė) ankstesnėje gyvenimo istorijoje;
- Sunkūs gyvenimo įvykiai, krizės;
- Neplanuotas ir/ar nenorimas nėštumas;
- Negatyvios nuostatos apie nėštumą ir motinystę;
- Gimdymo baimė;
- Nepasitenkinimas savo kūno vaizdu;
- Perinatalinis nerimas;
- Prasta fizinė sveikata (viršsvoris, gestacinis diabetas, hipertenzija ir kt.);
- Neurotiškumas;
- Prenatalinės netektys;

- Piktnaudžiavimas priklausomybę sukeliančiomis medžiagomis;
- Vaiko sveikatos būklės sunkumai;
- Vaiko auginimo problemos (žindymo sunkumai);
- Didelis miego stygius;
- Tamsusis metų laikas;
- Skydliaukės ligos (apie 9 proc. nėštumo metu nustatomas tiroiditas);
- Galimas simptomų pasireiškimo laikotarpis – žindymo nutraukimas ar menstruacijų pradžia.

Atsparumo veiksniai (Kornfield ir kiti, 2021; Klein ir kiti, 2024):

- Geresnė emocijų reguliacija
- Savikliova/stipresnis pasitikėjimas savimi
- Psichologinis atsparumas
- Partnerio parama
- Aplinkinių socialinė parama
- Visuomenės suvokimas apie psichikos sveikatą
- Sklandus žindymas, fizinio kontakto su kūdikiu palaikymas
- Geresnė miego kokybė
- Finansinis stabilumas
- Asmeninės savybės: pasitikėjimas, ištvėrmė, atkaklumas, savarankiškumas ir gebėjimas komunikuoti
- Pasiruošimas gimdymui ir tėvystei

Tyrimai atskleidžia, kad 33,4-50 proc. depresijos po gimdymo atvejų gali prasidėti jau nėštumo metu. Depresijos nėštumo metu rizikos faktoriai yra: maža savivertė, neigiamas mąstymo stilius, silpnas socialinis palaikymas, stresiniai įvykiai nėštumo metu (rizikingas nėštumas, toksikozė, apsigimimų rizika), smurtas šeimoje ir kt. Moterys, patyrusios seksualinę prievartą, yra didesnėje rizikos grupėje, kaip ir moterys, patyrusios seksualinę traumą, turinčios ryšio su vaiku sunkumų, mažesnę savivertę, neigiamą mąstymo stilių bei silpnesnį socialinį palaikymą.

Dirbant su moterimis tiek nėštumo metu, tiek pagimdžius, svarbu įvertinti rizikos faktorius ir esant didesnei depresijos po gimdymo rizikai, teikti psichologinę pagalbą, stiprinti asmenybės atsparumą, plėsti psichologinius resursus.

4.4. Pogimdyminės depresijos nustatymo ypatumai.

Specialistas, teikiantis psichologinę pagalbą besilaukiančioms ar kūdikio susilaukusioms moterims, turėtų išlikti budrus, empatiškas ir drąsus, kai konsultacijos metu pastebimi žemiau pateikiami klinikinei depresijai po gimdymo būdingi požymiai. Psichologai turėtų motyvuoti klientę ir proaktyviai organizuojant konsultaciją su gydytoju psichiatru, kuris ir nustato sutrikimus, išryškėjusius perinataliniu laikotarpiu.

Lietuvoje depresinius sutrikimus, išryškėjusius perinataliniu laikotarpiu, rekomenduojama diagnozuoti remiantis TLK-10-AM F skyriaus „Nuotaikos [afektiniai] sutrikimai“ kodais. Tik tuo atveju, jei šioms diagnostinėms kategorijoms nustatyti požymių nepakanka, psichikos ir elgesio sutrikimai pogimdyminiu periodu diagnozuojami remiantis F53 skyriaus „Pogimdyminio laikotarpio psichikos ir elgesio sutrikimai, neklasifikuojami kitur“ kategorijomis. Šio skyriaus kodus rekomenduojama taikyti tik tokiems psichikos sutrikimams, kurie susiję su pogimdyminiu laikotarpiu, t. y. išryškėjusiems per 6 savaites po gimdymo, bei neatitinkantiems kitiems šioje klasifikacijoje aprašytiems psichikos sutrikimams.

Tarptautinėje diagnostikos praktikoje dažniausiai remiamasi diagnostikos kriterijais pagal DSM-5-TR. Depresija nustatoma, jei per 2 sav. pasireiškia mažiausiai 5 iš toliau išvardytų simptomų ir nors vienas iš dviejų pirmųjų A ar B simptomų:

A) Depresiška, prislėgta nuotaika didesnę dienos dalį beveik kasdien – paties paciento ar kitų asmenų vertinimu;

B) Pastebimai sumažėję interesai ar pasitenkinimas visų ar beveik visų rūšių veikla didesnę dienos dalį ar beveik kasdien;

C) Kiti simptomai:

- Svorio sumažėjimas ar padidėjimas nesilaikant dietos (pvz., daugiau nei 5 proc. kūno svorio per mėn.), apetito sumažėjimas ar padidėjimas beveik kasdien;
- Nemiga ar padidėjęs mieguistumas beveik kasdien;
- Psichomotorinis susijaudinimas arba slopinimas beveik kasdien, kurį gali pastebėti ir aplinkiniai (tai ne vien nusiskundimai dėl nuovargio ar sulėtėjusios reakcijos);
- Kasdienis nuovargis ar jėgų neturėjimas;
- Savęs nuvertinimas ar neatitinkantis tikrovės kaltės jausmas, kuris gali pasiekti net kliesių lygmenį;
- Susilpnėjęs kūrybiškumas, dėmesio koncentravimas paties paciento ar aplinkinių teigimu;
- Pasikartojančios mintys apie mirtį (ne tik mirties baimė), pasikartojančios savižudiškos mintys be konkretaus plano, mėginimas nusižudyti ar konkretus savižudybės planas.

4.5. Psichologinės pagalbos teikimo ypatumai.

Depresijos ir nerimo sutrikimo sąsaja nėštumo metu. Nėštumo metu klinikinė depresija gali pasireikšti kartu su nerimo sutrikimu. Neretos išraiškos yra įkyrios mintys, jog vaikui gali nutikti kažkas blogo, baimė gimdyti, žindyti, nepasitikėjimas savimi kaip mama. Gali prasidėti panikos atakos. Todėl konsultacijų metu svarbu padėti mokyti:

- Sveikų nerimo įveikimo metodų;
- Gebėjimo įvardinti savo baimes;
- Atskirti, kur yra kontrolės ribos;
- Priimti tai, ko klientė negali kontroliuoti;
- Kurti adekvačius lūkesčius motinystei;
- Pasirūpinti savimi (pvz., pakankamas maisto kiekis, miegas, judėjimas);
- Išreikšti savo poreikius;
- Priimti kitų pagalbą.

Potrauminio streso sutrikimo raiška nėštumo metu ir po gimdymo. Vaikelio gimimas aktyvuoja pačios mamos prieraišumo dinamikas, tad dirbant su motinystės temomis svarbu tyrinėti kylančių intensyvių emocijų bei reakcijų priežastis. Neretai šios priežastys slypi pačios mamos prieraišumo stiliuje, gyvenimo istorijoje ar ankstesnėje trauminėje patirtyje, kuri aktyvuojasi pradėjus laukti, ruošiantis ar išgyvenus kūdikio gimdymą. Teikiant psichologinę

pagalbą moterims su gretutiniu potrauminiu streso sutrikimu, esminis uždavinys – sukurti ir užtikrinti saugumu, empatija, atjauta ir priėmimu pagrįstą santykį bei erdvę. Tam gali padėti:

- Saugus terapinio kontrakto su kliente sudarymas, įgalinantis reguliuoti santykį ir terapinį procesą;
- Klientės emocijų atspindėjimas ir normalizavimas;
- Aktyvus klausymasis;
- Sąlygų klientei atsiverti savo tempu sudarymas, o ne skubinimas;
- Klausimai, vedantys prie emocinio turinio, vidinių reakcijų, atsižvelgiant į klientės vidines galimybes;
- Individualių stiprybių, išorinių ir vidinių resursų pastebėjimas, skatinimas jais naudotis;
- Savistabos ir adekvataus realybės vertinimo skatinimas.

Technikos, kurios gali padėti moteriai iškelti trauminę patirtį ir paskatinti emocinės patirties integraciją:

- Ryšio kūrimas per papildomas patirtis (pvz., šokis, masažas, plaukimas, sąmoningas vaikščiojimas, sportas ir kt.);
- Ryšio su vaiku atkūrimo skatinimas (pvz., mamos ir vaiko oda-oda kontakto skatinimas, ir kitų klientei priimtinių pozityvios komunikacijos su kūdikiu epizodų skatinimas);
- Gimdymo istorijos piešimas, lipdymas, OH kortos ar kitos projekcinės priemonės.

4.6. Pogimdyminė depresija ir kiti psichikos sutrikimai.

Pogimdyminės depresijos sutrikimui būdingas aukštas komorbidiškumas su kitais psichikos sveikatos sutrikimais. Prospektyviniame moterų, sergančių pogimdymine depresija tyrime (n = 566) nustatyta, kad 66 proc. pacienčių gretimai pasireiškė bent 1 komorbidinis sutrikimas (Wisner ir kiti, 2013). Didžiajai daugumai pasireiškė nerimo sutrikimai (generalizuotas nerimo sutrikimas), o taip pat – valgymo sutrikimai, obsesyvinis-kompulsinis sutrikimas, potrauminio streso ir priklausomybių sutrikimai. Iš 826 dalyvių, kurioms pirminiame įvertinime buvo nustatyta pogimdyminė depresija, vėliau diagnozė buvo tikslinta: 69 proc. išliko pogimdyminės depresijos diagnozė, o 23 proc. diagnozuotas bipolinis sutrikimas. Šiuo atveju pasireiškė hipomanijos epizodas, buvo ryškūs sužadavimo (ažitacijos) simptomai.

Potrauminis stresas. Potrauminio streso sutrikimas gali būti stebimas mamoms, kurios patyrė gimdymą kaip grėsmingą sau ar vaikui; šis išgyvenimas gali būti subjektyvus (t. y. nebūtinai grėsmė gimdyje buvo reali). Potrauminio streso sutrikimo simptomatika apima apatiją ir stimulų, primenančių patirtą traumą, vengimą (pvz., ligoninės, gatvės, kur stovi ligoninė, gydytojų, moteris gali neiti į medicininius patikrinimus). Potrauminio streso sutrikimas sutrikdo saugaus prierašumo formavimąsi su vaiku. Tai siejama tiek su faktu, kad vaikas gali priminti buvusią traumą, tiek su emociniais sunkumais, kurie paveikia mamos gebėjimą atliepti vaiko poreikius (tiek fizinius, tiek emocinius). Potrauminio streso sutrikimui būdingos išveikos, kurios gali tapti grėsme pakenkti sau ar vaikui, gali pasireikšti obsesijos ar kompulsijos. 90 proc. atvejų potrauminio streso sutrikimas pasireiškia greta su depresijos simptomais. Jei depresijos priežastis yra patirta trauma, labai svarbu į psichologinę pagalbą įtraukti ir darbą su patirta trauma.

Užsitęsęs gedulas. TLK-11 2018 m. pirmąsyk apibrėžtas užsitęsusio gedulo sutrikimas ir išskirti jo diagnostikos kriterijai (kodas – 6B42) (angl. Prolonged Grief Disorder). Šį sutrikimą taip pat svarbu suprasti, siekiant diferencijuoti simptomus nuo pogimdyminės depresijos ir teikiant tikslingą pagalbą, kadangi užsitęsęs gedulas gali dažnai pasireikšti po prenatalinių netekčių (persileidimų, nesivystančių ar negimdinių nėštumų, atlikto aborto, gimus negyvam kūdikiui ir kt.). Taip pat užsitęsęs gedulas gali pasireikšti ir po anksčiau įvykusios artimųjų mirties.

Užsitęsusio gedulo sutrikimas apibrėžiamas kaip sutrikimas, atsiradęs po partnerio, tėvų, vaiko ar kito gedinčiajam artimo asmens mirties, kai pasireiškia nuolatinė ir visa apimanti gedėjimo reakcija, kuriai būdingas mirusiojo ilgėjimasis ar nuolatinis susitelkimas į mintis apie mirusįjį, lydymas emocinio skausmo (pvz., liūdesio, kaltės, pykčio, neigimo, kaltinimo, sunkumų priimti mirtį, savasties praradimo jausmo, negebėjimo patirti pozityvius jausmus, emocinio sąstingio, sunkumų įsitraukti į socialines ar kitas veiklas). Tokia gedėjimo reakcija tęsiasi netipiškai ilgai (bent 6 mėn.) po netekties ir aiškiai peržengia numatomas socialines, kultūrinės ar religines normas, būdingas asmens kultūrai ir kontekstui. Sutrikimas ženkliai blogina asmeninį, šeimos, socialinį, edukacinį, profesinį gyvenimą bei kitas svarbias funkcionavimo sritis (TLK-11, 2018).

Nors šiam sutrikimui būdingas komorbidiškumas su potrauminio streso ir depresijos sutrikimais, skiriamoji riba yra tai, kad užsitęsusio gedulo sutrikimui, kitaip nei potrauminio streso sutrikimui, nebūdingas mirties situacijos atsikartojimo mintyse suvokimas ir, kitaip nei depresijos atveju, depresyvos mintys ir reakcijos yra sutelktos specifiskai į netektį, o ne išplitusios į kitas gyvenimo sritis, kas būdinga depresijai.

V. APIBENDRINIMAS

Šiame leidinyje siekėme atskleisti, kad psichologo darbas su moterimis, išgyvenančiomis pogimdyminę depresiją, ir jų artimaisiais, reikalauja ne tik specifinių žinių, bet ir ypatingos empatijos bei jautrumo. Tikimės, kad šios rekomendacijos specialistams padės bent šiek tiek užpildyti esamas spragas, įgyti svarbių koncentruotų žinių, tvirčiau jaustis tiek atliekant psichologinį įvertinimą, tiek teikiant psichologinę pagalbą, o svarbiausia - saugiau jaustis mezgant terapinį ryšį su šios grupės klientėmis. Nuoširdžiai dėkojame už Jūsų įsitraukimą, gilesnį domėjimąsi, etišką ir atsakingą darbą šioje jautrioje temoje. Tai neabejotinai reikalingas, prasmingas ir įdomus profesinis kelias.

VI. NAUDOTA LITERATŪRA

1. American Psychiatric Association. Dictionary of Psychology, 2023 [Internet]. Available from: <https://dictionary.apa.org/>.
2. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), 2022.
3. American Psychiatric Association. Postpartum depression 2023 [Internet]. Prieiga: <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-brochure-2007.pdf>.
4. American Psychiatric Organization. What is peripartum depression, 2024 [Internet]. Prieiga: <https://www.psychiatry.org/patients-families/peripartum-depression/what-is-peripartum-depression>.
5. Bunevičius, A., Kusminskas, L., & Bunevičius, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Medicina*, 45(7), 544.
6. Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2024). Postpartum depression. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Prieiga: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>.
7. Danilevičiūtė V. Psichikos sutrikimai nėštumo ir pogramdyminių laikotarpiais. Mokomoji knyga. Vitae Litera: Kaunas, 2006.
8. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. [Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors](#). *Front Psychol*. 2017 Apr 11;8:560
9. Dervinytė-Bongarzoni, A., & Navickas, A. (2017). Pogramdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika-efektyvios prevencijos pagrindas. *Sveikatos mokslai*, 27(4), 31-35.
10. Demirci, Ö., & İnan, E. (2023). Postpartum Paternal Depression: Its Impact on Family and Child Development. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(3), 498-507.
11. International Classification of Diseases 11th Revision, 2018 [Internet]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>.

12. Yu, Y., Liang, H. F., Chen, J., Li, Z. B., Han, Y. S., Chen, J. X., & Li, J. C. (2021). Postpartum depression: Current status and possible identification using biomarkers. *Frontiers in psychiatry*, 12, 620371.
13. Katherine L. Wisner, MD, MS; Dorothy K. Y. Sit, MD; Mary C. McShea, MS; David M. Rizzo, MSW et. Al. *JAMA Psychiatry*, March 2013, doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.87.
14. Lapkienė L, Mockutė I, Nadišauskienė RJ, Gintautas V, Jakubonienė N, Pop VJM, et al. Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės adaptacija naudoti Lietuvoje. (Adaptation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Lithuania.) *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2004; 7:280-4.
15. Lodha, P., & De Sousa, A. (2024). Neurobiology of Postpartum Depression: Critical Aspects. *Annals of Indian Psychiatry*, 8(3), 173-176.
16. Monks, D. T., Ankalagi, B., Singh, P. M., Carter, E., Doering, M., Guard, M., & Lenze, S. (2022). Interventions to treat and prevent postpartum depression: a protocol for systematic review of the literature and parallel network meta-analyses. *Systematic Reviews*, 11(1), 282.
17. Moreira, L. K., Moreira, C. V., Custódio, C. H., Dias, M. L., Rosa, D. A., Ferreira-Neto, M. L., ... & Pedrino, G. R. (2023). Post-partum depression: From clinical understanding to preclinical assessments. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1173635.
18. Mutiso, S. K., Murage, A., & Mukaindo, A. M. (2018). Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women-A cross sectional study. *BMC psychiatry*, 18, 1-7.
19. Nakajima S. Complicated grief: Recent developments in diagnostic criteria and treatment. In *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018; 373(1754).
20. PSO (2024). Maternal mental health. Prieiga internete: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>.
21. Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T., & Væver, M. S. (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC psychiatry*, 18, 1-12.

22. Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., Wallington, T., & Cindy-Lee Dennis, R. N. (2003). Detection, prevention and treatment of postpartum depression. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*, 71.
23. Zhao, X. H., & Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102353.