



**VšĮ Psichologinės paramos ir konsultavimo centras**

**“Pogimdyminė depresija:  
atpažinimas ir pagalbos teikimas“**

**Metodinis leidinys**

**Dr. Ieva Šidlauskaitė-Stripeikienė  
Doc.dr. Giedrė Širvinskienė**



**Kaunas  
2024**

Mokymų programos “Pogimdyvinė depresija. Atpažinimas, pagalbos teikimas“ parengimas bei mokymai su gimdymu susijusiems specialistams. Projektas finansuojamas VALSTYBINIO VISUOMENĖS SVEIKATOS STIPRINIMO FONDO LĖŠOMIS

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

## TURINYS

<i>Ivadas</i> .....	3
<b>1. Pogimdyminė depresija</b> .....	7
1.1. Nėštumo, gimdymo, ankstyvosios tėvystės etapo specifiškumas žmogaus gyvenime. ....	7
1.2. Pogimdyminė depresija.....	11
1.3. Negydomų perinatalinių psichikos sveikatos problemų padariniai.....	13
1.4. Depresijos diagnostika .....	14
1.5. Pogimdyminės depresijos rizikos, apsauginiai veiksniai.....	16
1.6. Psichikos sveikatos būklės vertinimo būdai ir instrumentai .....	18
1.7. Savižudybės grėsmė ir jos vertinimas.....	22
1.8. Pogimdyminės depresijos prevencija pagal LR teisės aktus.....	26
<b>2. Pagalbos teikimas</b> .....	28
<b>2.1. Gydytojų, specialistų teikiama emocinė pagalba</b> .....	30
2.1.1. Emocinio santykio užmezgimas.....	30
2.1.2. Aktyvus klausymasis ir jo įgūdžiai .....	31
2.1.3. Kompleksinės pagalbos poreikiai, komandinio darbo svarba .....	32
<b>2.2. Specializuotos psichologinės pagalbos teikimas</b> .....	34
2.2.1. Terapinio santykio kūrimo strategijos.....	34
2.2.2. Kai pogimdyminė depresija sutampa su emocine/suicidine krize .....	36
2.2.3. Konsultavimas ir savižudybės grėsmė. ....	47
<b>PRIEDAI:</b> .....	53

## Įvadas

Psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios asmens ir visuomenės sveikatos dalis. Visame pasaulyje nuolat daugėja mokslo duomenų, kad psichikos ir elgesio sutrikimai tampa didžiausiu visuomenės sveikatos rūpesčiu. Dėl psichikos ir elgesio sutrikimų prastėja bendruomenės ir individų bei jų šeimų narių gyvenimo kokybė. Vaikų emocinė sveikata ir gera savijauta lemia jų savigarbą, įpročius, mokslo pasiekimus, socialinius ryšius ir gerą būsimą sveikatą. Geros psichikos sveikatos piliečiai gali sukurti sveiką visuomenę, kuriai būdingas didelis socialinis kapitalas ir mažas socialinės patologijos lygis, t. y. žemi savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, rodikliai.

Lietuvos visuomenės psichologinė sveikata nėra gera (aukštas savižudžių skaičius, patyčių problemos mokyklose, didelis probleminių šeimų skaičius ir t.t.). Milžinišką psichologinių paslaugų poreikį nurodo tiek Sveikatos apsaugos ministerijos, tiek Švietimo ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų užsakyti tyrimai. Įvairioms visuomenės narių grupėms trūksta psichologinio atsparumo įgūdžių neigiamiems psichikos sveikatos rizikos veiksniams (stresui, nerimui, konfliktams, krizėms ir kt.) suvaldyti. Vienas rodiklių – asmens gebėjimas priimti ir atlaikyti sunkesnius gyvenimo įvykius.

Vienas reikšmingiausių įvykių ir pokyčių šeimos gyvenime yra vaiko gimimas. Moterį tai paliečia ypač stipriai, kadangi būtent ji išnešioja ir pagimdo kūdikį. Vaiko gimimas yra ne tik džiaugsmas, bet ir didelis fizinis, emocinis bei socialinis pokytis. Kai kurios moterys nėštumo metu ar po gimdymo gali patirti ir įvairių psichikos sveikatos sunkumų, kurių vienas dažniausių – depresijos simptomai. Todėl šiame etape psichologinė – socialinė pagalba labai reikalinga. Specialistams, šiuo etapu esantys arčiausiai šeimos (moters, vyro) labai svarbu žinoti pogimdyminės depresijos simptomus, savižudybės grėsmės požymius, mokėti užmegzti ryšį, nureipti ar teikti pagalbą.

ES kasmet gimdo virš 5 milijonų moterų<sup>1</sup>. Remiantis pastaryjū 3 metų Lietuvos gimimų medicininiais duomenimis, Lietuvoje kasmet gimdo apie 23-24 tūkstančiai moterų<sup>2</sup>. Nėštumo metu ir pogimdyminiu laikotarpiu vykstantys organizmo pokyčiai yra vieni didžiausių moters

<sup>1</sup> European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2015 (2018). Žiūrėta internete 2022-08-15 ir 2022-08-20:

<sup>2</sup> Higienos institutas (2021). Lietuvos gimimų duomenys 2020 m. Žiūrėta internete 2022-08-15: [https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Gimimu/gimimai\\_2020.pdf](https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Gimimu/gimimai_2020.pdf).

prokreaciniame gyvenime Moterys tuo pačiu tampa ir labiau emociškai pažeidžiamos, gali susidurti su įvairiais emociniais bei socialiniais iššūkiais). Depresijos simptomų patyrimas yra viena dažniausių nėščiųjų ir kūdikį pagimdžiusių moterų psichikos sveikatos problemų pasaulyje, kurios paplitimas nėštumo metu siekia 11 proc., o pogimdyminiu laikotarpiu – 13 proc.<sup>3</sup>. Vis tik šie simptomai dažnai lieka nepastebėti, tad moterys nesulaukia savalaikės pagalbos, kas savo ruožtu sukelia ilgalaikes neigiamas pasekmes moteriai, viakui ir visai šeimai.. Pogimdyminės depresijos neidentifikavimas ir pagalbos moteriai nesuteikimas laiku gali prisidėti prie savižudybės ar vaiko sužalojimo rizikos padidėjimo, sietis su prastesne fizine ir psichikos sveikata, ribotu psichosocialiniu funkcionavimu, neigiamai veikti vaiko raidą, prisidėti prie tarpasmeninių santykių su kūdikiu, partneriu ar kitais artimaisiais sunkumų<sup>4</sup>.

Pastaruoju metu Lietuvoje vis daugiau dėmesio skiriama psichikos sveikatos problemoms. 2022 m. Vyriausybė patvirtino Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programą 2022–2030 metams, kurią koordinuos Sveikatos apsaugos ministerija ir kuri yra Nacionalinio pažangos plano dalis. Programoje numatytos veiksmų kryptys apima gyventojų psichikos sveikatos stiprinimą, kokybiškų visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumo didinimą. Taip pat didėja dėmesys ir pagimdžiusių moterų psichikos sveikatai, rūpinamasi moterų informuotumo ir medikų kompetencijų didinimu. 2022 metais į Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros aprašą sveikatos apsaugos ministro įsakymu V-1541 buvo įtrauktas reikalavimas informuoti apie depresijos postnataliniu periodu požymius ir pagalbą. Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomendacijose (2022), kurių tikslas yra siekti motinos ir naujagimio sveikatos bei gerovės, depresijos ir nerimo po gimdymo prevencijai siūloma atlikti simptomų įvertinimą ir taikyti psichosocialines bei psichologines intervencijas laikotarpiu iki ir po gimdymo. Šių tikslų siekimui būtina plėsti specialistų žinias ir informavimo, bendravimo pogimdyminės depresijos tematika kompetencijas bei ieškoti naujų pogimdyminės depresijos prevencijos galimybių, plėsti pagalbos moterims galimybes taikant šiuolaikiškus pagalbos būdus<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Howard, L. M., Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327. DOI: 10.1002/wps.20769.

<sup>4</sup> Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019.

<sup>5</sup> WHO. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. /Motinos ir naujagimio priežiūros rekomendacijos, siekiant teigiamos pogimdyminės patirties, 2014, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Pastebima, kad pagalbos gavimą pogimdyminę depresiją patiriančioms moterims apsunkina riboti finansų, laiko, transporto bei vaiko priežiūros resursai ir stigma kreiptis pagalbos<sup>6</sup>). Iš to kyla poreikis ieškoti atitinkamų sprendimų, įskaitant ir telemedicinos pasitelkimą – kurti telefonu, internetu ar mobiliosiomis aplikacijomis prieinamas intervencijas. Atliktos metaanalizės rodo, kad išmaniosiomis technologijomis prieinamos intervencijos yra efektyvios siekiant pogimdyminės depresijos simptomų mažėjimo<sup>7</sup>). Stokojant tokių programų Lietuvoje, kitų šalių praktika rodo reikalingumą vystyti ir diegti kūdikio besilaukiantiems ir susilaukusiems tėvams specializuotas, inovatyvias ir mokslu grįstas intervencijas Lietuvoje. Gerinant moterų psichologinį atsparumą galima mažinti pogimdyminės depresijos tikimybę arba jos simptomus, todėl įrodymais grįsta psichologinį atsparumą ugdanti programa skirta nėščiosioms mūsų šaliai yra labai reikalinga.

Projekto metu sukurta programa, skirta pogimdyminės depresijos atpažinimui bei specializuotos pagalbos teikimui. Taip pat bus įvertintas psichologinio poveikio programos veiksmingumas, rezultatais bus pasidalinta nacionaliniu ir tarptautiniu mastu siekiant praplėsti specialistų, praktikų ir politikos formuotojų žinias apie pagalbos galimybes, prieinamų intervencijų veiksmingumą ir specifiškumą nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu.

Psichologinės paramos ir konsultavimo centro specialistai jau dvidešimt metų dirba tiek psichologinės, psichoterapinės, socialinės pagalbos teikime, tiek visuomenės sveikatos stiprinimo programų rengime (mokymai, knygų, metodikų, leidinių rengimas).

Projekte, bendradarbiaujant su LSMU Sveikatos psichologijos katedra suburta profesionali mokslininkų ir praktikų, kurių praktikos laukas – besilaukiančios, pagimdžiusios moterys, šeimos, jų psichinė sveikata ir galimi jos gerinimo būdai, komanda. Turėdami patirties bei žinių norime apibendrinanti savo turimą patirtį ir pasinaudodami naujaisiais moksliniais psichologiniais tyrimais, visame pasaulyje pripažįstamais psichoterapijų metodais bei principais pristatome metodinę medžiagą leidžiančią padėti specialistams atpažinti pogimdyminės depresijos simptomus (jos priežastis, psichologinius sunkumus, savižudybės

---

<sup>6</sup> Goodman JH. Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth*. 2009; 36(1):60-69

<sup>7</sup> Zhou C, Hu H, Wang C, Zhu Z, Feng G, Xue J, Yang Z. The effectiveness of mHealth interventions on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2022 Feb;28(2):83-95. doi: 10.1177/1357633X20917816. Epub 2020 Apr 19. PMID: 32306847.

grėsmę), mokėti nustatyti (kontrolinių klausimų testas, Edinburgo pogimdyminės depresijos testas) ir teikti pagalbą (ryšio užmezgimas, reagavimas, nukreipimas ar psichologinės pagalbos teikimas). **Projekto metu bus parengta mokymų programa “Pogimdyminė depresija. Atpažinimas, pagalbos teikimas“ (metodinė medžiaga bei mokymų programa).** Mokymų metu ji bus pristatyta **su gimdymu susijusiems specialistams:** nėščiosios ir pirmų vaiko metų priežiūros bei akušerijos stacionarų specialistams, akušeriams, šeimos gydytojams, medicinos psichologams.

Šioje metodinėje priemonėje pateikiama apibendrinta ir mokslo įrodymais pagrįsta informacija apie pogimdyminę depresiją bei pagalbos moterims būdus, rašoma kaip stiprinti psichologinės pagalbos įgūdžius, socialines-emocines kompetencijas siekiant teikti pagalbą moterims ir jų artimiesiems. Tikimės, kad ji padės specialistams atpažinti pogimdyminės depresijos simptomus, pasitelkti simptomus matuojančius klausimynus, testus ir veiksmingiau teikti pagalbą bei nukreipti kitoms reikiamoms paslaugoms.

Metodinė medžiaga sudaryta iš trijų dalių:

1. Žinios, kompetencijos, nuostatos apie pogimdyminę depresiją (nėštumo, gimdymo, ankstyvosios tėvystės etapo specifiškumas žmogaus gyvenime; pog. depresijos simptomai, priežastys, kartu einantys psichologiniai sunkumai, savižudybės grėsmė, atsparumo svarba);
2. Gebėjimai atpažinti ir teikti emocinę bei psichologinę pagalbą (ryšio užmezgimas ir jo pagrindiniai principai, reagavimas į krizinę būseną/situaciją, nukreipimas pagalbai (kur, kaip) ar specializuotos psichologinės pagalbos teikimas (krizinės būsenos lygio bei savižudybės grėsmės įvertinimas, pirminė psichologinė pagalba krizės metu, paramos rato kūrimas, atsparumo ugdymo būdai ir t.t.);
3. Pogimdyminės depresijos ir emocinės būsenos/psichologinio atsparumo vertinimas klausimynais: Psichologinio atsparumo skalė, Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė, PSO (5) geros savijautos rodiklis, Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9), Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7).

## 1. Pogimdyminė depresija

### 1.1. Nėštumo, gimdymo, ankstyvosios tėvystės etapo specifiškumas žmogaus gyvenime.

#### **Pokyčiai nėštumo metu ir po gimdymo**

Nėštumas yra ypatingas pokyčių laikotarpis moters gyvenime. Moters kūne ir smegenyse tuo metu vyksta didžiuliai fiziniai, hormoniniai, neurocheminiai ir neurobiologiniai pokyčiai, kurie yra ryškiausi lyginant su visais kitais moters prokreacinio gyvenimo įvykiais.

Nėštumas yra tik fiziologinis, bet ir psichologinis procesas. Nėštumo metu pradeda vykti motinystės tapimo procesas, sprendžiami nauji šio gyvenimo laikotarpio uždaviniai, persvarstoma moters tapatybė, kuriamos naujos vidinės reprezentacijos apie save, kitus, prieraišumą ir rūpinimąsi vaiku. Moterys išgyvena daug emocinių ir kognityvinių pokyčių, kinta savęs ir savo kūno patyrimo ribos, gali kilti sunkumų priimant savo besikeičiantį kūną.

Žinomas pediatras ir psichoanalitikas Donaldas Wicicott'as apie nėštumo laikotarpį rašė, jog mama pradeda būti mama dar iki vaiko gimimo kuomet nėštumo metu jos dėmesys susitelkia išskirtinai į kūdikį ir beveik visai išstumiant kitas interesų sritis ir kad toks „pirminis motinos susirūpinimas vaiku“ tęsiasi ir keletą pirmųjų vaiko gyvenimo mėnesių ir tampa pamatu vaikui reikiamo tolimesnio saugumo ir švelnumo, patirto gimdoje.

Nėštumas moterims gali reikšti tiek naujas galimybes, tiek krizę, tuo metu gali paaštrėti psichologinės problemos ir atsirasti psichologinio palaikymo poreikis, nes tam tikros sąlygos ir aplinkybės kelia iššūkį moterų adaptacijai nėštumo ir motinystės atžvilgiu ir gali ją labai apsunkinti. Prie tokių aplinkybių priskiriami buvusios psichikos sveikatos problemos, priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimas, buvusi ar patiriama trauma ir smurtas šeimoje, ankstesni nėštumo nutrūkimai bei santykių, šeimos ir socialinės paramos trūkumas esamuoju kritiniu raidos laikotarpiu<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Slade, A., Cohen, L., Sadler, L., & Miller, M. (2009). The Psychology and Psychopathology of Pregnancy: Reorganization and Transformation. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 22-39). New York: The Guilford Press.

**Nėštumas, kūdikio auginimas ir psichologiniai pokyčiai.** Nėštumas reiškia didelius psichologinius pokyčius moters gyvenime, tai labai specifinė psichologinė patirtis. Nėščia, kūdikį auginanti moteris patiria ypatingą psichologinę būseną – kurią galime apibūdinti kaip susikaupimą, “lizdo/guolio sukimą”, “buvimą dėl kito ar savęs atidavimą kitam”. Ši būseną pasižymi susikaupimu, nerimo bei atsakomybės aukštu lygiu, pasirengimu tvarkyti kylančius sunkumus, pradžioje orientacija į save (vidinius procesus), paskui orientacija į išorę (gimusį kūdikį). Ilgai besitęsianti gali kelti nuovargio, išsekimo, apleistumo jausmus. Ji savo viršūnę pasiekia gimdymo metu ir po to tęsiasi kūdikio auginimo metu, ypač kol jis yra visiškai priklausomas nuo mamos (pvz.: pilnai prižiūrimas, maitinamas krūtimi ir t.t.). Šiuo metu ši būseną gali būti itin intensyvi. Ši būseną yra itin individuali, priklauso nuo moters asmenybinių savybių. Paprastai ji slopsta kūdikiui, vaikui augant ir įgyjant savarankiškumo (dažniausiai apie trečius metus). Moterys, kurios savy turi daug nerimo, nesaugumo bei neturi socialinės paramos, šią būseną gali išgyventi itin emociškai aštriai (labai didelis nerimas, pavojaus, vienatvės, nesunitvarkymo jausmas, išgyvenimas savęs kaip blogos, neadekvačios, apleistos). Arba ji gali ilgai užsitęsti (vaikas jau didelis, o mama gyvena itin dideliame nerime apie jį), labai išvarginti.

Nėštumo metu moteriai atrodo, kad visas pasaulis aplink ją pasikeitė. Tai vyksta dėl nervų ir endokrininės sistemos pakitimų. Per šį laiką moteris išgyvena daug išreikštų asmenybės psichologinių transformacijos etapų.

**Pirmasis etapas. Sužinojimas apie nėštumą. Nėštumas dar nepastebimas.** Moterys iki nėštumo ateina skirtingais keliais. Vienų – ilgas skausmo ir vilties kelias, kartais daug metų bandant pastoti. Kitų – staigus netikėtas nenorimas nėštumas. Ir tuo, ir tuo atveju moterims tenka išgyventi pirmąjį etapą - savęs, kaip nėščios, įsisąmoninimo. Kas tai yra, ką tai reiškia man, mano gyvenimui. Kyla daug klausimų (pvz.: kaip bus, kas laukia, kaip reiks gyventi..) ir daug įvairių jausmų. Nuo begalinio džiaugsmo iki sunkiųjų krizinių jausmų – siaubo, baimės. Dalis moterų sprendžia dilemą: „Būti ar nebūti...“, priima sprendimą lauktis toliau ar daryti abortą.

Mamos būsenos įtakoja įsčiose besivystantį mažylį. Pirmos savaitės - pačios paslaptiškiausios: kažkur ten, pilvo apačioje, vyksta greitas ląstelių dalijimasis, auga organai, plaka mažytė širdelė. Tačiau pati moteris dar nejaučia savyje vaiko, nejaučia, kaip diena po dienos jis auga ir



vystosi, nors hormoninė sistema dabar jau dirba už du. Todėl būsima mama gali patirti daug jai neįprastų pojūčių: gali rytais pykinti, kamuoti nuovargis, išgyventi emociškas bangas, padidėjusį jautrumą.

**Antrasis etapas. Nėštumas jau matomas.** Šiuo metu dauguma moterų jaučiasi normaliai, jos pilnos energijos, ateina džiaugsmo, pilnatvės momentai. Ypač jei turi socialinį palaikymą, vyras, šeima laukia vaikelio; priima ir emociškai palaiko besilaukiančiąją. Procesas pradeda atsispindėti realybėje: moteris mato didėjantį pilvą, jaučia viduje esančio žmogelio švelnius stukenimus. Gali kilti energijos bangos, noras viską pertvarkyti, perdėlioti.

Dažnai ateina nerimas, ar viskas gerai, ar vaikelis sveikas, kaip bus toliau, ar susitvarkysiu...Gali ateiti ir kitokių jausmų. Liūdesys, gal net siaubas, kad gyvenimas keičiasi. Vienatvė, jei nėra emociškai artimų žmonių. Su šiomis būsenomis išbūti gali būti labai sunku, gali reikėti pagalbos.

**Trečiasis etapas. Pasiruošimas gimdymui.** Pilvas didelis, dažnai moteriai sunku miegoti, vaikščioti. Dažnos emociškos bangos. Kuo arčiau gimdymas, tuo didesnis nerimas: kaip pavyks gimdymas, kaip vaikiukas, ar sveikas. Kartais nerime kyla ir sunkios (ar aš mokėsiu mylėti vaiką ? ) ir keistos mintys (pvz.: ar gražus bus vaikas...).

Dalis moterų ir jų vyrų lanko mamų mokyklas, kaupia žinias ir ruošiasi sąmoningai išgyventi gimdymą bei pasitikti kūdikį. Dalis – neskiria tam išskirtinio dėmesio. Žinojimas, pasirengimas, paramos turėjimas gali padėti lengviau išgyventi šį gyvenimo etapą.

**Gimdymas** yra moters virtimo motina kulminacinis įvykis. Gimus vaikus moterys ir jų šeimos susiduria su dideliais pokyčiais. Skiriami šie reikšmingiausi motinystės tapimo psichosocialiniai pokyčiai:<sup>9</sup>

- Pokytis nuo žinomo prie nežinomo.
- Naujo motinos vaidmens prisiėmimas su susijusiais jausmais, elgesiu, gebėjimais.
- Ankstesnių socialinių vaidmenų persvarstymas - darbo rolių, santykių su vyru, išplėstine šeima.
- Daugelio pareigų derinimas.

<sup>9</sup> Emmanuel E, St John W. Maternal distress: a concept analysis. J Adv Nurs. 2010 Sep;66(9):2104-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x. Epub 2010 Jul 2. PMID: 20626484.

- Netekčių buvimas, t.y. kontrolės, miego, laisvės, savęs jausmo.

Šių iššūkių sprendimas gali reikšti ir stresą, ir augimą. Labai svarbu, kad pati moteris, artimieji ar specialistai laiku pastebėtų, kuomet moters emocinė būseną yra sudėtinga, atpažintų pagalbos poreikius.

## **Moterų psichikos sveikata nėštumo metu ir po gimdymo**

Laikotarpis po gimdymo yra padidintos rizikos laikotarpis, kai gali pasireikšti ar pasikartoti psichikos sveikatos problemų epizodai. Yra duomenų, kad moterys per pirmą mėnesį po gimdymo turi 22 kartus didesnę tikimybę patekti psichiatro konsultacijai nei laikotarpiu iki nėštumo<sup>10</sup>. Literatūroje plačiausiai aprašomi trys pogimdyminio periodo nuotaikos sutrikimai: pogimdyminis liūdesys, pogimdyminė depresija ir pogimdyminė psichozė.

**Pogimdyminis liūdesys**, arba pogimdyminė melancholija (angl. baby blues). Pogimdyminis liūdesys yra praeinantis nuotaikos pablogėjimas, kai pasireiškia tik dalis depresijai būdingų požymių. Manoma, kad jis pasireiškia 60-80% motinų, per pirmąsias 10 dienų po gimdymo. Jam būdingi šie požymiai:

- staigūs nuotaikos pokyčiai,
- nerimas, baimingumas,
- liūdesys,
- irzlumas, dirglumas,
- verksmingumas,
- pablogėjusi dėmesio koncentracija,
- apetito pokyčiai,
- su miegu susiję sunkumai,
- nuovargis ir sumaištis.

Simptomai paprastai nesutrikdo kasdienio moters funkcionavimo, dažnu atveju jie nesukelia didelių nepatogumų. Paprastai maždaug antrą savaitę simptomai pradeda švelnėti ir praeina savaime. Kai kuriais atvejais pogimdyminis liūdesys gali užtrukti ir ilgesnį laikotarpį - tęstis ir ketvirtą ar penktą savaitę po gimdymo, ilgiausia - iki aštuntos savaitės po gimdymo. Jų

---

<sup>10</sup> Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150:662-73.

pasireiškimas dažnai siejamas su miego trūkumu, menka socialine ir šeimos parama, finansine įtampa, tarpasmeninėmis sutuoktinių problemomis, aukštais motinystės lūkesčiais bei staigiais hormonų lygio pokyčiais po gimdymo, rizikos veiksniais laikomi ir antenatalinė depresija; ankstesnė depresija, nesusijusi su nėštumu; priešmenstruacinė disforija.

Specialus gydymas šiai būsenai nėra reikalingas. Dažnu atveju pogimdyminį liūdesį išgyvenančioms pacientėms aplinkos empatija, nuraminimas, paguoda, padrąšinimas bei teikiama emocinė parama padeda įveikti kylančius psichoemocinius iššūkius. Tačiau maždaug 20 proc. moterų pogimdyminis liūdesys gali peraugti į pogimdyminę depresiją. Todėl motinystės liūdesio simptomams trunkant ilgiau nei 2-3 savaites po gimdymo, moteris turėtų būti vertinamos dėl nuotaikos sutrikimo galimybių.

## 1.2. Pogimdyminė depresija

Depresija yra viena iš dažniausių pogimdyminių komplikacijų. Pagal pogimdyminės depresijos metaanalizę, kurią atliko Wang ir kt. (2021 m.), apimančią 565 tyrimų analizę iš 80 skirtingų šalių, bendras pasaulinis paplitimo rodiklis yra apytiksliai 17.4%<sup>11</sup>, nors pogimdyminės depresijos paplitimas skiriasi įvairiose šalyse ir regionuose.

Pogimdyminė depresija siejama su moters organizmo psichologiniu ir biologiniu pažeidžiamumu po gimdymo. Pogimdyminė depresija yra sunkesnė, labiau varginanti būsena nei pogimdyminis liūdesys. Ji gali prasidėti per pirmus 6 mėnesius po gimdymo ir trukti keletą mėnesių ar net metų<sup>12</sup>. Jei moteris jau yra sirgusi depresija, rizika, kad depresija vėl kartosis, yra didesnė.

Pogimdyminės depresijos simptomai:

- intensyvus liūdesys bei tuštumos jausmas,
- interesų bei malonumo jausmo praradimas,
- užsisklendimas savyje, vengimas bendrauti,

<sup>11</sup> Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>

<sup>12</sup> Higginbottom G, Morgan M, O'Mahony J, Chiu Y, Kocay D, Alexandre M, Forgeron J, Young M. Immigrant women's experiences of postpartum depression in Canada: a protocol for systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews* 2013, 2:65. <http://systematicreviewsjournal.com/content/2/1/65>

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- nuolat besitęsiantis nerimas, nepasitenkinimas, padidėjęs dirglumas,
- nemiga arba padidėjęs mieguistumas,
- energijos, motyvacijos stoka ir nesibaigiantis nuovargis,
- verksmingumas,
- kūno svorio bei apetito pokyčiai (padidėjęs arba sumažėjęs),
- kaltės ir nevisavertiškumo jausmas,
- dėmesio sutelktumo sunkumai,
- sunkumai priimant sprendimus,
- įkyrios, gąsdinančios mintys apie baimę sužeisti, pakenkti kūdikiui ar susižeisti pačiai, nesidomėjimas, abejingumas kūdikio atžvilgiu,
- mintys apie savižudybę.

**Pogimdyminė depresija su psichoze** pasireiškia maždaug vienai moteriai iš 500/ 1000 moterų po gimdymo ir yra labiau paplitusi tarp pirmą kartą gimdžusių moterų. Pogimdyminės depresijos su psichoze metu stebimas psichomotorinis sutrikimas, suglumimas, sumišimas, kognityviniai sutrikimai ir nuotaiką atitinkantys kliesesiai. Būklės sunkumą lemia kliesesių būklė, sutrikęs realybės testavimas ir impulsų kontrolės stoka, kognityvinio lankstumo spragos. Po gimdymo pasitaikančių epizodų su psichozės elementais rizika padidėja moterims, anksčiau turėjusioms pogimdyminių nuotaikos sutrikimo epizodų, depresinį arba bipolinį sutrikimą.

**Pogimdyminė psichozė.** Pogimdyminė psichozė pasitaiko 1-2 iš 1000 pagimdžusių moterų, jos ūmi pradžia pasireiškia 1-4 savaitę po gimdymo. Rizika yra didesnė, jeigu moteris turi giminaičių, sirgusių psichoziniais sutrikimais arba jai anksčiau jau buvo psichozė po gimdymo. Dažniausia 2-3 dieną po gimdymo pacientėms pradeda ryškėti nerimas, džiugi nuotaika, nemiga, kurie dažnai ignoruojami, o vėliau ima ryškėti ir paranoidiniai, didybės ar keisti, įmantrūs kliesesiai, haliucinacijos, nuotaikų svyravimai, sutrinka mąstymas, nuovoka tampa skurdi, elgesys dezorganizuotas. Todėl atidus ir pakartotinis motinos pagrindinių simptomų vertinimas, saugumo užtikrinimas yra privalomas<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Dervinytė-Bongarzoni A, Navickas A. Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika - efektyvios prevencijos pagrindas. Sveikatos mokslai. 2017; 27:31–40.

Taip pat svarbu žinoti, kad pogimdyminė depresija neretai gali pasireikšti kartu su generalizuotu nerimo sutrikimu, panikos sutrikimu ir obsesiniu kompulsiniu sutrikimu.<sup>14</sup>

### 1.3. Negydomų perinatalinių psichikos sveikatos problemų padariniai

Yra daug duomenų apie negydomų perinatalinių psichikos sveikatos problemų sąsajas su neigiamomis pasekmėmis vaikui, motinai ir visai šeimai. Pogimdyminė depresija neigiamai veikia pačios moters gerovę, mamos išgyvena sunkiai atlaikomus jausmus ir būsenas: kalbę, liūdesį, beprasmybę, gėdą, taip pat parranda susidomėjimą savimi, įvairiomis veiklomis, kyla nervingumas, netgi savižudybės mintys. Tai gali paskatinti moterį užsidaryti, atsitraukti, nebesirūpinti kūdikiu ir savimi.

Taip pat yra daug neigiamų motinos pogimdyminės depresijos pasekmių vaikams, kaip pvz., kyla rizika vaiko psichikos sveikatos problemoms ir raidai, yra padidėjusi priešlaikinio gimdymo rizika, sumažėjęs noras rūpintis kūdikiu, mažiau jautriai atliepiami kūdikio poreikiai, emocinės ir elgesio problemos tarp vaikų ir didesnės sveikatos priežiūros išlaidos ir kiti<sup>15</sup>.

Pogimdyminė depresija daro neigiamą įtaką ir motinos bei vaiko ryšio formavimuisi<sup>16</sup>, didina žindymo sunkumus, motinos vaidmens sunkumus. Motinos, sergančios pogimdymine depresija, vaiko atžvilgiu gali tapti ambivalentiškos, nepalankios ar nebesuinteresuotos. Pogimdyminė depresija daro įtaką ir emociniam / elgesio, neuroendokrininiam / psichofiziologiniam bei kognityviniam / intelektiniam vaiko funkcionavimui. Depresija nėštumo metu yra mažiau tyrinėta, tačiau ji taip pat siejama su neigiamomis pasekmėmis vaikui. Sisteminės literatūros analizės ir metaanalizės, apėmusios 30 tyrimų, duomenimis, depresija nėštumo metu buvo susijusi su dažnesniu priešlaikiniu gimdymu ir tuo, kad naujagimis rečiau pradedamas žindyti. JAV Avon ilgalaikės tėvų ir vaikų studijos rezultatai parodė, kad motinos depresijos simptomai nėštumo metu buvo susiję su didesnėmis vaikų emocijų ir elgesio

<sup>14</sup> Dervinytė-Bongarzoni A, Navickas A. Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika - efektyvios prevencijos pagrindas. Sveikatos mokslai. 2017; 27:31–40.

<sup>14</sup> Gopalan, P., Spada, M. L., Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingston, S., ... & Gance, J. B. (2022). Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 889-896.

<sup>15</sup> Dervinytė-Bongarzoni A, Navickas A. Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika - efektyvios prevencijos pagrindas. Sveikatos mokslai. 2017; 27:31–40.

<sup>16</sup> Goodman, S. H., & Brand, S. R. (2009). Infants of depressed mothers. *Handbook of infant mental health*, 153-170.

problemomis vaikams sulaukus 10–11 metų, netgi atsižvelgus į vėlesnes motinos psichikos sveikatos problemas ir daugybę kitų demografinių, socialinių ir psichologinių veiksnių<sup>17</sup>.

Motinos pogimdyminė depresija taip pat kelia sunkumų šeimoje, vyrams. Vyrai taip pat išgyvena sunkius jausmus: sumaištį, nerimą, liūdesį, pyktį; gali kilti sunkumų dėl reagavimo į motinos emocijas, kyla santykių iššūkiai. Vis dažniau kalbama ir apie tai, kad tėčiai taip pat gali patirti depresijos simptomus po vaiko gimimo ir šiam klausimui reikalingas didesnis dėmesys, tėvų informavimas bei pagalbos galimybių plėtra.

Motinos pogimdyminės depresijos pasekmės galima matyti ir platesniame, visuomenės kontekste, tai susiję ir su tuo, jog negydoma depresija šiuo laikotarpiu reiškia dideles išlaidas sveikatos priežiūrai bei socialinėms paslaugoms motinai ir vaikui sprendžiant su tuo susijusias pasekmes.

## 1.4. Depresijos diagnostika

Pogimdyminės depresijos terminas vartojamas norint apibrėžti depresijos pasireiškimą po naujagimio gimimo, tačiau vis dažniau yra atkreipiamas dėmesys, kad depresijos simptomai moterims gali pasireikšti jau nėštumo metu. Amerikos Psichiatrijos Asociacija pateikia apibrėžimą, jog perinatalinė depresija (angl. Peripartum depression) yra didžiosios depresijos unipolinio epizodo pasireiškimas nėštumo metu arba per pirmąsias keturias savaites po gimdymo<sup>18</sup>. Kiti šaltiniai nurodo, kad ji gali pasireikšti per visus pirmuosius vaiko gyvenimo metus<sup>19</sup>.

Pogimdyminių depresinių sutrikimų klasifikacija nėra vieninga. Psichikos ir elgesio sutrikimai klasifikuojami remiantis 2 pagrindinių diagnostinių kategorinių sistemų kriterijais: Tarptautine statistine ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, dešimtają redakcija (TLK-10) ir Diagnostiniu ir statistiniu psichikos sutrikimų vadovu (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

---

<sup>17</sup> Leis, J., Heron, J., Stuart, E., & Mendelson, T. (2013). Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioral Problems: Does Prenatal Mental Health Matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi:10.1007/s10802-013-9766-4

<sup>18</sup> American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. (5th ed.). American Psychiatric Association.

<sup>19</sup> Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet. Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

V), 5 versija. Tiek depresijai po gimdymo, tiek nėštumo metu patsidedančiai depresijai, yra taikomi tokie patys diagnostikos kriterijai kaip ir didžiojo depresinio sutrikimo atveju, papildomai patikslinus, kad depresijos simptomai atsiranda nėštumo metu arba per 4-ias savaites po gimdymo (American Psychiatric Association, 2013).

Remiantis DSM-5, moteris turi būti arba depresiškos nuotaikos, arba praradusi domėjimąsi ar malonumą kasdienėse veiklose ne mažiau kaip 2 savaitių laikotarpiu. Nuotaika turi būti pakeitusi normalią nuotaiką. Bloga nuotaika turi daryti neigiamą poveikį socialinėms, užimtumo, edukacinėms ir kitoms svarbioms veikloms. Taip pat depresijos epizodo metu turi būti nustatyti 5 iš 9 simptomų:

- 1) didžiąją dienos dalį beveik kiekvieną dieną subjektyviai jaučiama (pvz., jaučiasi liūdna, tuščia arba beviltiška) arba kitų pastebima prislėgta nuotaika (pvz., atrodo liūdna, verksminga);
- 2) žymiai sumažėjęs pasitenkinimo jausmas visoje veikloje arba beveik visoje veikloje didžiąją dienos dalį beveik kiekvieną dieną; žymiai sumažėję interesai ar malonumai visose arba beveik visose veiklose, didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną (kaip nurodyta paties subjekto arba stebint kitiems);
- 3) ryškus kūno masės praradimas nesilaikant dietų arba kūno masės augimas (pvz., daugiau nei 5 % kūno masės pokytis per mėnesį), arba sumažėjęs ar padidėjęs apetitas beveik kiekvieną dieną;
- 4) nemiga arba mieguistumas beveik kiekvieną dieną;
- 5) psichomotorinis sujaudinimas ar slopinimas beveik kiekvieną dieną (pastebimas kitų; ne vien tik subjektyvūs nerimo ar sulėtėjimo pojūčiai);
- 6) nuovargis arba energijos stoka beveik kiekvieną dieną;
- 7) menkavertiškumo ar perdėtas / arba neadekvačios kaltės jausmas (kuris gali būti kliesdinis) beveik kiekvieną dieną (ne tik priekaištai sau arba kaltė dėl ligos);
- 8) sumažėjęs gebėjimas mąstyti arba susikoncentruoti, arba neryžtingumas, beveik kiekvieną dieną (kaip nurodyta paties subjekto arba stebint kitiems);
- 9) pasikartojančios mintys apie mirtį (ne tiesiog baimė numirti) be tam tikro plano arba bandymas nusižudyti ar konkretūs savižudybės planai (ne tik mirties baimė)<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Dervinytė-Bongarzonė A, Navickas A. Pogimdyminių depresinių sutrikimų ankstyvoji diagnostika - efektyvios prevencijos pagrindas. Sveikatos mokslai. 2017; 27:31–40.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje šiuo metu galioja Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos Australijos modifikacija (TLK-10-AM), todėl klinikinėje praktikoje, pasinaudojus DSM-5 diagnostinio vadovo kriterijais, tenka konvertuoti į TLK-10-AM klasifikacijos šifrus. Čia nurodoma, kad depresinius sutrikimus, išryškėjusius po gimdymo, reikėtų diagnozuoti remiantis TLK-10-AM F skyriaus „Nuotaikos [afektiniai] sutrikimai“ (F30-F39) kodais. Jei šioms diagnostinėms kategorijoms nustatyti požymių nepakanka, psichikos ir elgesio sutrikimai pogimdyminiu periodu turėtų būti diagnozuojami remiantis F53 skyriaus „Pogimdyminio laikotarpio psichikos ir elgesio sutrikimai, neklasifikuojami kitur“ kategorijomis.

## 1.5. Pogimdyminės depresijos rizikos, apsauginiai veiksniai

Pogimdyminės depresijos rizikos veiksniai skirstomi į biologinius, psichosocialinius bei aplinkos. Dažnai nurodomi tokie rizikos veiksniai kaip pogimdyminis liūdesys, akušerinės komplikacijos bei hormonų pusiausvyros sutrikimai, susiję su mažu progesterono ir estrogeno kiekiu, fizinės sveikatos problemos, sunkios ligos, depresija ir nerimas nėštumo metu, asmeninė ir šeimos depresijos bei psichikos sutrikimų istorija, asmeninės savybės, konfliktai su partneriu, stresiniai įvykiai, jaunas amžius. Dažnai įvardijamas stresas ir socialinės paramos trūkumas, poros santykių problemos, smurto patirtis, neigiamas kognityvinių atribucijų stilius, priklausomybės, nepageidautas nėštumas. Taip pat - socialiniai demografiniai veiksniai: jaunas motinos amžius, žemas socialinis ekonominis statusas, bedarbystė, skurdas. Kai kuriuos rizikos veiksnius aptarsime išsamiau.

**Depresijos istorija, depresija ir nerimas ankstesnių nėštumų metu.** Asmeninė ar šeimos depresijos istorija, ypač buvusi po gimdymo, padidina pogimdyminės depresijos riziką. Moterims, sirgusioms depresija, du kartus dažniau pasireiškia prenatalinės depresijos simptomai nei moterims, kurios anksčiau sirgusios nebuvo. Taip pat, jei moteriai jau nėštumo metu pasireiškia depresijos simptomai, didėja rizika, kad depresija pasireikš ir po gimdymo.

**Streso išgyvenimas.** Tyrimai nurodo, kad prenataliniu bei postnataliniu periodu patiriamas moterų stresas siejasi su padidėjusia rizika depresijai po gimdymo. Kasdienis su vaiko priežiūra susijęs stresas taip pat yra laikomas depresijos po gimdymo riziką didinančiu veiksniu.



**Žema moters savivertė.** Naujesniuose tyrimuose nurodoma, kad moters savivertė yra irgi pogimdyminę depresiją prognozuojantis veiksnys, žemos savivertės atveju pasireiškia daugiau neigiamų emocijų stresinių gyvenimo įvykių kontekste. Taigi, manoma, kad žema savivertė gali paskatinti pasireikšti depresiją<sup>21</sup>. Aukštesnė savivertė padeda geriau susidoroti su emocijomis bei fizinėmis įtampomis, kurios kelia grėsmę savęs vaizdui ir veda į depresiją. Taigi, depresijos pasireiškimui vaidmenį vaidina įvairios stresinės gyvenimo aplinkybės.

**Santykių problemos.** Kitas reikšmingas rizikos veiksnys yra poros santykiuose esančios santuokinės problemos (emocinio ryšio nebuvimas, smurtas, nuolatiniai konfliktai), kurie pasireiškia vienišumo jausmais, emocinės - socialinės paramos trūkumu. Ypač jei patiriamas smurtas (fizinis, emocinis, ekonominis ar seksualinis). Taip pat mažas pasitenkinimas santuoka/partneriu, (arba) intymumu yra reikšmingi rizikos veiksniai depresijos po gimdymo pasireiškimui. Taip pat socialinės paramos ir iš kitų žmonių (šeimoms, draugų, giminaičių) trūkumas yra reikšmingi rizikos veiksniai depresijos po gimdymo pasireiškimui.

**Socialinės paramos trūkumas.** Pogimdyminiu laikotarpiu tokie veiksniai kaip prisitaikymas prie gimdymo ir motinystės, rūpinimasis naujagimių, nemiga ir nuovargis, didina moters socialinės paramos poreikį. Jei socialinės paramos trūksta, didėja pogimdyminės depresijos rizika. Tyrimai rodo, kad maža socialinė parama daugiau nei 4,5 karto didina depresijos po gimdymo pasireiškimo tikimybę<sup>22</sup>.

**Medicininiai veiksniai, akušerinės komplikacijos.** Kai kuriuose šaltiniuose nurodoma, kad gestacinis diabetas, cezario pjūvio operacija, neigiama gimdymo patirtis taip pat didina pogimdyminės depresijos riziką.<sup>23</sup>

**Vienas svarbiausių apsauginių pogimdyminės depresijos veiksnių,** kurie gali apsaugoti nuo jos pasireiškimo, yra socialinė parama. Taigi, sutuoktinio/partnerio ir kitų artimųjų palaikymo

<sup>21</sup> Postpartum depression in women: a risk factor analysis. Zaidi F, Nigam A, Anjum R, Agarwalla R. *J Clin Diagn Res.* 2017;11:0–6.

<sup>22</sup> Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H. N., Park, B., Suh, M., ... & Choi, K. S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific reports*, 12(1), 3128.

<sup>23</sup> Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus.* 2022 Oct 31;14(10):e30898. doi: 10.7759/cureus.30898. PMID: 36465774; PMCID: PMC9711915.

vaidmuo yra didžiulis. Jei moteris gauna pakankamai socialinio, emocinio palaikymo, tai yra apsauginis veiksnys nuo pogimdyminės depresijos. Svarbi ir kitų artimų žmonių emocinė, socialinė parama. Taip pat ir bendrai geri **tarpasmeniniai santykiai**. Jų stiprumas, kokybė atspindi turimą socialinės paramos tinklą, kuris labai svarbus nėštumo metu ir po gimdymo. Moters suvokimas, apie gaunamą apčiuopiamą partnerio pagalbą, turi didelį apsauginį poveikį. Tvirtesni partnerių santykiai yra naudingi, kaip ir šeimos palaikymas bei emocinis artumas su kitomis mamomis.

## 1.6. Psichikos sveikatos būklės vertinimo būdai ir instrumentai

Depresijos vertinimas vykdomas ir stebėjimo būdu ir klausimynais.

### Depresijos simptomų vertinimas stebėjimu

Depresiją, kaip ligą, nustatyti gali tik gydytojas psichiatras, atlikęs paciento savijautos įvertinimą. Depresijos simptomų nereikėtų tapatinti su trumpalaikė prasta savijauta, pavyzdžiui, retkarčiais jaučiamu liūdesiu, melancholija/nostalgija tam tikrais gyvenimo etapais. Žmogų, kuris serga kurios nors formos depresija, didžiąją kiekvienos dienos dalį lydi liūdna nuotaika, verksmingumas bei abejingumas. Šie pokyčiai gali tęstis ilgai (daugiau nei dvi savaites iš eilės) nepertraukiamai.

Pagrindiniai požymiai, bendrai būdingi depresijai, kurie gali būti stebimi:

- **Slogi, liūdna, irzli/pikta nuotaika** (dažniausiai kiekvieną dieną jaučiamas dirglumas, susierzinimas, verksmingumas, agresyvumas, pykčio priepuoliai ar dažni konfliktai);
- **Apatiškumas, siauras interesų ratas, apsilėidimas** (sumažėjęs domėjimasis anksčiau džiuginusia veikla arba bendravimu su kitais žmonėmis, atsiribojimas, polinkis į vienatvę, žmogus nesugeba arba nustoja rūpintis savimi);
- **Savęs kaltinimas, menkinimas** (nuolatinis kaltės jausmas, sumažėjusi savivertė, pasitikėjimas savo jėgomis);
- **Pesimizmas** (mintys apie beprasmybę, negatyvumas ar ateities planų nebuvimas, vidinis „tuštumo“ jausmas, neviltis, manymas, kad artimiesiems žmogus yra „našta“);
- **Suicidinės mintys apie mirtį, savižudybę, polinkis į savižalą** (“geriau būtų, jei manęs nebūtų);

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- **Potraukis vartoti alkoholį, tabaką, psichoaktyvias medžiagas, įsitraukti į lošimus** (siekiant slopinti prastą savijautą, „užsimiršti“);
- **Pasikeitęs, sulėtėjęs mąstymas** (galvoje mintys – tarsi „pro rūką“, paprasčiausi kasdieniai darbai vyksta daug lėčiau, žmogui sudėtinga reikšti mintis, kurti planus ir juos įgyvendinti);
- **nemiga arba perdėtas mieguistumas** (sunku užmigti vakare arba atsikelti ryte, nekokybiškas miegas, sapnuojami košmarai);
- **mitybos režimo pokyčiai** (sumažėjęs ar padidėjęs apetitas, staigūs kūno svorio pakitimai, valgymo sutrikimai, visiškas arba dalinis atsisakymas valgyti);
- **seksualinio aktyvumo sutrikimai.**

Vertinga paminėti, kad depresija gali pasireikšti ne tik psichologiniais sunkumais ar sudėtingais vidiniais išgyvenimais, prislėgtomis mintimis, bet ir fiziniais skausmais. Fiziniai pojūčiai, kurie dažniausiai gali kamuoti žmogų, sergantį depresija, yra:

- **nuovargis ar neturėjimas energijos.** Nuolatinis, net pailsėjęs jaučiamas nuovargis, energijos trūkumas. Gali sukelti koncentracijos problemų, dirglumo jausmą ir apatiją.
- **galvos skausmai.** Nuolatiniai, kasdieniai galvos skausmus, tai gali būti depresijos požymis. Skirtingai nei migreniniai galvos skausmai, su depresija susiję skausmai nebūtinai trukdo žmogaus kasdieninei veiklai ir yra apibūdinami kaip „įtampos galvoje skausmu“ ar „pulsuojančiu skausmu“, ypač aplink antakių zoną.
- **skrandžio skausmas ar dirglumas skrandyje.** Neramumo ar baimės jausmas skrandyje yra vienas labiausiai atpažįstamų depresijos požymių. Atsiradę skrandžio spazmai dažnai prilyginami dusuliui ar menstruacijų skausmams ir neretai yra visiškai nesureikšminami. Skausmas, kuris sustiprėja, ypač kai kyla stresas, gali būti depresijos požymis. Diskomfortas skrandyje, pavyzdžiui, pilvo pūtimas ar pykinimas, neretai yra blogos psichinės sveikatos požymis.
- **nugaros ar viso kūno raumenų skausmai.** Įtampa kaklo ir pečių srityje neretai kyla dėl emocinės įtampos galvoje, kuri smegenų nervų grandinėmis perduodama į viršutinę nugaros dalį. To pasekoje, galite pradėti jausti varginančius nugaros skausmus.
- **hormoniniai pokyčiai,** pvz. susiję su pasikeitusiu moterų menstruacijų ciklu, kuomet dėl patiriamo streso, įtampos, neigiamų emocijų gali dingti ar vėluoti menstruacijos.

Depresijos formos – lengva, vidutinė arba sunki – nustatomos analizuojant žmogaus jaučiamus simptomus, jų dažnį bei stiprumą. Svarbu paminėti, kad žmogui, kuris serga depresija, nėra būtina jausti visus išvardintus šios ligos požymius. Kuo daugiau depresijai būdingų simptomų jaučia žmogus, tuo didesnė tikimybė yra sirgti sunkesne ligos forma.

## **Depresijos simptomų vertinimas klausimynais**

Toliau apžvelgsime vertinimo instrumentus, kurie gali padėti įvertinti nėščios bei pagimdžiusios moters psichikos sveikatos problemas. Remiantis žemiau nurodytų skalių įverčiais galima atpažinti kurioms reikalingas detalesnis ištyrimas ir psichikos sveikatos specialistų paslaugas. Nėra vieningo sprendimo, koks instrumentas turėtų būti naudojamas depresijos simptomų vertinimui perinataliniu laikotarpiu pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje. Sutarta, kad idealus diagnostinis įrankis turėtų būti lengvai ir greitai atliekamas, suprantamas tiek pacientui tiek gydytojui, o gauti rezultatai paprastai apibendrinami. Dažniausiai naudojamos įvertinimo priemonės yra Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS), Pacientų sveikatos klausimynas (PHQ).

## **Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė (EPDS, 2 priedas)**

EPDS<sup>24</sup> yra plačiai naudojamas instrumentas, skirtas įvertinti moterų psichologinę būseną po gimdymo. EPDS skalę sudaro 10 klausimų, į kuriuos atsakyti galima per mažiau nei 5 minutes. Ją gali pildyti pati moteris arba moteriai pasiūlyti pildyti skalę gali duoti sveikatos priežiūros specialistai, artimieji. Skalė sukurta naudoti po gimdymo, tačiau ji tinkama ir nėščiosioms moterims. Moterų prašoma įvertinti savo savijautą per pastarąsias septynias dienas remiantis pateiktais atsakymų variantais. Balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 30. Lietuviškos versijos autoriai rekomenduoja remtis 11 / 12 EPDS įverčių atskaitos tašku<sup>25</sup>, išskiriant mažo ir didelio depresiškumo grupes. Vadinasi, jei moteris surinko 12 ar daugiau balų, jai reikalinga kreiptis detalesnio įvertinimo ir pagalbos pas psichikos sveikatos specialistus. Dešimtas skalės klausimas yra apie savižalos riziką, tad ji moteris pažymi ar išsako, kad jai kyla mintys susižaloti

---

<sup>24</sup> Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

<sup>25</sup> Lapkienė, L., Mockutė, I., Nadišauskienė, R., Gintautas, V., Jakubonienė, N., Pop, V., & Bunevičius, R. (2004). Edinburgo pogimdyminės depresijos skalės (EPDS) adaptavimas Lietuvoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*, 4(7), 280-284.

ar sužaloto kūdikį, tai nepriklausimai nuo skalėje surinktų balų sumos jai reikalinga psichikos sveikatos priežiūros specialistų pagalba.

## **Pacientų sveikatos klausimynas (PHQ, 3 priedas).**

Kitas dažnai naudojamas instrumentas pogimdyminė depresijos vertinimui yra Pacientų sveikatos klausimynas (PHQ). PHQ-9 sudaro 9 punktai atitinkantys DSM-IV pateikiamus depresijos (angl. Major Depressive Disorder) diagnostinius kriterijus. Prie kiekvieno punkto, reikia pažymėti vieną iš keturių atsakymų, nusakančių kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites pasireiškia vienas ar kitas simptomas: „visai nekamavo“, „keletą dienų“, „daugiau nei pusė iš visų dienų“, „beveik kiekvieną dieną“. Kiekvienam iš šių atsakymų priskiriama nuo 0 iki 3 balų priklausomai nuo to kaip dažnai pasireiškia tas simptomas. Taip pat, gale klausimyno yra papildomas klausimas, kuris prašo pildančiojo įvertinti kaip jo pažymėti simptomai apsunkino jo kasdienę asmeninę ir darbinę veiklą: „visai neapsunkino“, „šiek tiek apsunkino“, „labai apsunkino“, „ypač apsunkino“. Pagal surinktų balų sumą ir atsakymą į papildomą klausimą galima vertinti depresinių simptomų sunkumą: surinkus tarp 0–4 balus, depresijos simptomai minimalūs, 5–9 balus menkai išreikšti simptomai, 10–14 balų vidutiniai, 15–19 sunkūs, 20–27 labai sunkūs depresijos simptomai<sup>26</sup>. Klausimyno lietuviška versija yra laisvai prieinama internete

[https://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2019/01/JBPP\\_2018\\_v20\\_No2\\_57-59.pdf](https://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2019/01/JBPP_2018_v20_No2_57-59.pdf).

## **Kitų psichikos sveikatos rodiklių vertinimo skalės**

**Psichologinio atsparumo skalė (6 priedas).** Trumpoji psichologinio atsparumo skalės (RS-14) versija skirta psichologinio atsparumo vertinimui. Joje išskiriamos 5 pagrindinės psichologinio atsparumo charakteristikos: gyvenimo prasmingumas, atkaklumas, dvasinė pusiausvyra, pasikiovimas savimi ir savęs priėmimas.<sup>27</sup> RS-14 sudaro 14 teiginių, vertinamų nuo „visiškai nesutinku“ (1) iki „visiškai sutinku“ (7). RS-14 bendras įvertis (visų teiginių įverčių suma) gali svyruoti nuo 14 iki 98, aukštesni balai žymi aukštesnį psichologinį atsparumą.

<sup>26</sup> Montvida J. Paciento sveikatos klausimynas 9. *Biological psychiatry and psychopharmacology* 2018; 20(2):57-59

<sup>27</sup> Wagnild, G. M. (2011). *The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center

**PSO geros savijautos rodiklis (4 priedas).** Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašas, įtvirtintas LR SAM ministro įsakyme Nr. V- 1733 „Dėl psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, nustato reikalavimus psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugas teikiantiems asmenims, šių asmenų teises ir pareigas teikiant psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugas, šių paslaugų teikimo savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose tvarką ir šių paslaugų teikimo stebėsenos tvarką. Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugas teikiantys specialistai pagal šį įsakymą, pirmo apsilankymo metu įvertina individualios ar grupinės paslaugos gavėjo psichikos sveikatos rizikos veiksnius ir psichologinės gerovės lygį, pateikdamas jam PSO (5) geros savijautos vertinimo apklausos formą (Pasaulio sveikatos organizacijos forma, toliau – PSO (5) forma).

**Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (GAD-7, 5 priedas).** Vienas iš nerimo sutrikimų vertinimo įrankių yra Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7 (angl. The Generalized Anxiety Disorder scale-7, GAD-7). „GAD-7“ klausimynas yra trumpa savęs vertinimo skalė, skirta įvertinti generalizuoto nerimo sutrikimo simptomų sunkumą. Ji sudaryta remiantis DSM-IV (angl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) diagnostiniais kriterijais. Tai yra 7 klausimų skalė, kurioje kiekvienas atsakymas vertinamais balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites (0 = „Visai nekamavo“ iki 3 = „Beveik kiekvieną dieną“). Bendras skalės įvertinio suminis balas gali būti nuo 0 iki 21, o didesnis suminis balas rodo didesnį nerimo sunkumą. Suminiai balai – 5, 10 ir 15 yra atitinkamai vertinami kaip lengvi, vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo simptomai. Šią priemonę gali savarankiškai pildyti pats tiriamasis ir šios skalės pildymo trukmė įprastai yra mažiau nei 5 minutės. Taip pat tai gali būti atliekama specialisto interviu metodu<sup>28, 29</sup>.

## 1.7. Savižudybės grėsmė ir jos vertinimas

<sup>28</sup> Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.

<sup>29</sup> Butkutė-Šliuožienė K. The Generalized Anxiety Disorder scale-7. BIOLOGINĖ PSICHIATRIJA IR PSICHOFARMAKOLOGIJA 2019: 1: 21-22

Tyrimai rodo, kad depresijos pasireiškimas moterims perinataliniu laikotarpiu susijęs ir su didesne savižudybės grėsme. Pvz., Švedijoje atlikto kohortinio tyrimo, kuriame dalyvavo virš 952 000 tiriamųjų, kurie buvo stebimi 18 metų, motinos, turėjusios kliniškai diagnozuotą perinatalinę depresiją patyrė 3 kartus didesnę suicidinio elgesio riziką, palyginus su motinomis be depresijos. Tokia padidinta rizika moterims su pogimdymine depresija buvo ypač aukšta pirmiaisiais metais po diagnozės nustatymo, tačiau ji padidėjusi tolimesnių metų, palyginus su moterimis be perinatalinės depresijos<sup>30</sup>. Motinų savižudybės yra nerimą kelianti visuomenės sveikatos problema ir antra pagal dažnumą mirties priežastis pogimdyminiu laikotarpiu. Iš tiesų, 13–36 % motinų mirčių yra priskiriamos savižudybėms, kas turi pražūtingas pasekmes naujagimiui ir šeimai. Ketinimas nusižudyti yra ir viena iš pogimdyminės depresijos simptomų vertinimo dalių. Todėl motinų psichikos sveikatos prevencijos ir pagalbos srityje svarbu yra atsižvelgti ir į suicidiškumo rizikos klausimus, svarbu didinti specialistų ir moters artimos aplinkos žmonių gebėjimus pažinti savižudybės rizikos ženklus ir žinojimą kokių veiksmų reikėtų imtis.

Savižudybė beveik visada yra procesas, prasidedantis nuo minčių apie savižudybę ir baigiant savižudybės planavimu, mėginimu nusižudyti. Savižudybės rizika siejama su įvairiais veiksniais, apimančiais biologinį, genetinį, psichologinį, socialinį, aplinkos bei situacinį lygmenis. Rizikos veiksniai savižudybei yra ankstesni mėginimai nusižudyti, smurto patirtis, nepageidautas nėštumas, priklausomybės keliančių medžiagų vartojimas, psichikos sveikatos sutrikimų buvimas asmeninėje arba šeimos istorijoje. Dažnai savižudybė būna asmenybės krizės, kilusių stiprių emocijų sukeltas elgesys. Taip pat, žmogaus kalboje, elgesyje svarbu pastebėti ir atpažinti savižudybės rizikos ženklus, siekiant padėti žmogui.

Bendrais savižudybės rizikos ženklais laikomi šie:

- Stiprus ir didelis psichologinis skausmas, neviltilis;
- Stiprūs pykčio jausmai, įniršis, keršto siekimas;
- Impulsyvumas, neapgalvotas, beatodairiškai rizikingas elgesys;
- Išėities nematymas, buvimo „tarsi spąstuose“ jausmas;
- Padidėjęs alkoholio ar narkotikų vartojimas;
- Atsitraukimas nuo draugų, šeimos narių ar kitų žmonių;
- Nerimas, stiprus susijaudinimas, negalėjimas užmigti arba priešingai – miegojimas didelę dalį dienos;

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Stiprūs nuotaikos pokyčiai;
- Priežasčių gyventi ir/arba gyvenimo prasmės nematymas.

Rizikos ženklus galima pastebėti jausmuose, išsakomose mintyse, elgesyje:

## Jausmai:

- Liūdesys, prislėgta nuotaika;
- Vienatvė/ nereikalingumo jausmai;
- Bejėgiškumas;
- Neviltis;
- Savęs kaltinimas/neapykanta;
- Irzlumas/pyktis;
- „Įstrigimas“;
- desperacija – žmogus jaučiasi tarsi spraudžiamas į kampą...

## Pasisakymai, mintys apie mirtį/išėjimą:

- „Niekas nebesvarbu“;
- „Visiems bus geriau be manęs“;
- „Vis tiek nieko nebepakeisi“;
- „Daugiau nebegaliu“.

## Elgesys:

- Atsitraukia, nebendrauja;
- Apleidžia pomėgius; Apleidžia išvaizdą;
- Valgymo ir miego įpročių pokyčiai:: žmogus staiga gali pradėti arba per daug valgyti ir miegoti, arba visiškai prarasti apetitą bei kentėti nuo nemigos.
- Ivairūs atsisveikinimo ženklai (itin didelė grėsmė), pvz.: jei žmogus išdalija daiktus, atiduoda senas skolas, staiga pradeda tvarkyti nebaigtus reikalus ir t.t.

Verčiantis susirūpinti ženklas turėtų būti ir staigus savijautos pokytis į gerą, nors, rodos, niekas neišsisprendė. Tai gali rodyti, jog žmogus priėmė sprendimą nusižudyti ir tai jam pačiam galimai sukėlė nusiramimą.

Apsauginiais veiksniais, kurie mažina riziką, laikomi tokie aspektai:

- palaikančių žmonių buvimas šalia dabartiniu metu;
- socialinė, artimųjų parama;
- turimi ateities planai;
- nusiteikimas priimti pagalbą;
- ambivalencija (prieštaringi jausmai gyvenimo ir mirties atžvilgiu);



- vertybės ir tikėjimas, prasmės jausmas<sup>31</sup>.

2023 m. sausio 1 d. įsigaliojo pakeistas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo<sup>32</sup>. Jame nurodomi pagalbos teikėjo veiksmai atpažinus savižudybės grėsmę patiriantį asmenį, greitosios medicinos brigados, psichikos sveikatos centro, ligoninių veiksmai. Įsakyme nurodoma, jog pagalbos teikėjui, atpažinus savižudybės grėsmę patiriantį asmenį, rekomenduojama atlikti šiuos veiksmus:

1. įvertinti asmens buvimo vietos saugumą;
2. jei įmanoma, pašalinti prieigą prie sužalojimą ar mirtį galinčių sukelti priemonių;
3. prireikus pasitelkti kitus asmenis savižudybės grėsmę patiriančio asmens saugumui užtikrinti;
4. iš savižudybės grėsmę patiriančio asmens ir šalia esančių jo artimųjų ar kitų asmenų surinkti informaciją, reikalingą būtinosios pagalbos teikimo poreikiui įvertinti;
5. pagal poreikį ir kompetenciją teikti savižudybės grėsmę patiriančiam asmeniui pirmąją ir (ar) emocinę pagalbą;
6. nukreipti tolesnės pagalbos:
  - 6.1. jei savižudybės grėsmę patiriantis asmuo yra susižalojęs, apsinuodijęs, sutrikusios sąmonės arba yra akivaizdi grėsmė jo sveikatai ar gyvybei, t. y. jis pradėjo ar ketina pradėti savižudybės veiksmus, – skambinti bendruoju pagalbos telefono numeriu 112 ir kviesti greitąją medicinos pagalbą;
  - 6.2. jei asmuo savižudybės grėsmę patiria įstaigoje, kurioje įvykio metu dirba psichologas ir nėra 6.1 punkte nurodytų aplinkybių, – palydėti savižudybės grėsmę patiriantį asmenį pas įstaigoje dirbantį psichologą. Įstaigoje dirbančiam psichologui rekomenduojama įvertinti pagalbos savižudybės grėsmę patiriančiam asmeniui poreikį ir teikti pagalbą pačiam arba nukreipti tolesnės pagalbos;

---

<sup>31</sup> Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., & McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353–365. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.353>

<sup>32</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4488a5b040f311edbf47f0036855e731>

- 6.3. jei asmuo savižudybės grėsmę patiria įvykio vietoje, kurioje nėra pagalbą teikiančio psichologo ir nėra 6.1 punkte nurodytų aplinkybių, pagalbos teikėjas padeda savižudybės grėsmę patiriančiam asmeniui užsiregistruoti pas psichosocialinį vertinimą atliekantį specialistą dėl konsultacijos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir, esant galimybei, pats arba pasitelkęs savižudybės grėsmę patiriančio artimuosius ir (ar) kitus šalia esančius asmenis, padeda savižudybės grėsmę patiriančiam asmeniui ją nuvykti.

Svarbi ministro įsakyme nurodytos pagalbos dalis yra psichosocialinio vertinimo paslauga, kuri atliekama savižudybės grėsmę patiriančiam asmeniui atvykus į psichikos sveikatos centrą, taip pat ligoninėse, kurios šią paslaugą teikia. Psichosocialinis vertinimas atliekamas pagal ministro įsakyme pateikiamą tvarką. Psichosocialiniam vertinimui atlikti naudojama Savižudybės grėsmę patiriančių asmenų psichosocialinio vertinimo forma arba CAMS savižudybių statuso formą 4 (SSF 4) arba kita sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta forma. Šioje metodinėje priemonėje prieduose pateikiama savižudybės grėsmę patiriančių asmenų psichosocialinio vertinimo forma (1 priedas).

## 1.8. Pogimdyminės depresijos prevencija pagal LR teisės aktus

2024 m. dviejuose SAM ministro įsakymuose atsirado naujų pokyčių, susijusių su pogimdyminės depresijos prevencija. Vienas jų, tai yra nauja 2024m, liepos 1d įsigaliojusi LR SAM ministro įsakymo Nr. V-900 dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo ir perinatologijos integruotos sveikatos priežiūros stebėsenos komiteto sudarymo versija. Joje nurodoma, kad vykdant pirminę nėščiosios sveikatos priežiūrą, šeimos gydytojas arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos gydytojas akušeris ginekologas, arba akušeris nėščiajai 32-ą nėštumo savaitę pateikiamas užpildyti Edinburgo pogimdyminės depresijos klausimynas (toliau – klausimynas) arba jis užpildomas kartu su nėščiaja. Jei klausimyno gautų rezultatų suma siekia 12 ir daugiau balų, pacientei rekomenduojama skubiai kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, informuojama, kur suteikiama reikalinga pagalba ir įteikiamas lankstinukas, kuriame yra informacija apie depresijos po gimdymo atpažinimą ir pagalbos galimybes (toliau – lankstinukas). Jei

klausimyno gautų rezultatų suma mažiau nei 12 balų, pacientei suteikiama informacija apie pagalbos galimybes būklei pablogėjus ir įteikiamas lankstinukas<sup>33</sup>.

Kitas paminėtinas įsakymas yra LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1259 dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo, taip pat įsigaliojęs 2024 liepos 1d. Jame nurodoma, kad šeimos medicinos paslaugas teikiantis šeimos arba vaikų ligų gydytojas arba bendrosios praktikos slaugytojas arba išplėstinės praktikos slaugytojas arba akušeris 1 kartą per 3 darbo dienas nuo išvykimo iš akušerijos stacionaro paaiškina apie depresijos po gimdymo atpažinimą ir pagalbos galimybes bei įteikiama lankstinukas apie depresijos po gimdymo atpažinimą ir pagalbos galimybes.

Taip pat, kūdikiui sulaukus 1–6 mėn. amžiaus, 1 kartą per mėnesį 1, 2, 4 ir 6 mėnesio apsilankymo metu pasiteirauti kūdikio motinos ar kito kūdikį lydintį asmens apie kūdikio motinos emocinę sveikatą užduodant šiuos klausimus:

- Ar per pastarąjį mėnesį Jūs (kūdikio motiną) dažnai vargino prislėgta, depresiška, nevilties nuotaika?
- Ar per pastarąjį mėnesį Jūs (kūdikio motiną (toliau – klausimynas) arba jis užpildomas kartu su kūdikio motina. Jei lydintis asmuo teigiamai atsako bent į vieną iš šių klausimų, jam (jai) pateikiamas klausimynas, kurį paprašoma perduoti užpildyti kūdikio motinai bei paaiškinama, kokią balų sumą surinkus kūdikio motinai reikėtų skubiai kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus.

Jei užpildžius klausimyną, gautų rezultatų suma siekia 12 ir daugiau balų, kūdikio motinai rekomenduojama skubiai kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos specialistus, informuojama, kur suteikiama reikalinga pagalba bei, jei anksčiau nebuvo įteiktas lankstinukas, įteikiamas lankstinukas. Jei klausimyno gautų rezultatų suma mažiau nei 12 balų, suteikiama informacija apie pagalbos galimybes būklei pablogėjus bei, jei anksčiau nebuvo įteiktas lankstinukas, įteikiamas lankstinukas. Jei kūdikio motina informuoja, kad jai jau yra teikiama pagalba dėl

<sup>33</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.456692/asr>

depresijos po gimdymo, šiame papunktyje nurodyti veiksmai neatliekami bei ši informacija įrašoma medicinos dokumentuose<sup>34</sup>.

## 2. Pagalbos teikimas

Kalbant apie pagalbos ypatumus, siekiant, kad kuo mažiau moterų tektų kentėti nuo pogimdyminės depresijos, galima būtų išskirti du lygmenis. Pirma, tai prevencinės priemonės, kurių svarbu imtis su nėščiomis ir pagimdžiusiomis moterimis bei jų artimaisiais dirbantiems specialistams, ir iš esmės tai yra simptomų pastebėjimas, taikant atrankinį vertinimą tam tikromis skalėmis, klausimynais bei tų moterų, kurios surinko aukštus įverčius, nukreipimas psichikos sveikatos specialistų pagalbai. Antra, tai yra pagalba moterims, kurios išgyvena sunkumus ar yra nustatyta pogimdyminė depresija (ryšio užmezgimas, reagavimas, nukreipimas ar psichologinės pagalbos teikimas).

Trumpai apžvelgsime, kokias rekomendacijas dėl pogimdyminės depresijos pateikia tarptautinė mokslininkų grupė. Šios rekomendacijos vadinasi „Įrodymais grįstos klinikinės praktikos rekomendacijos, skirtos perinatalinės depresijos prevencijai, atrankiniam vertinimui bei gydymui“. Rekomendacijos sukurtos remiantis sisteminiemis mokslinių straipsnių apžvalgomis. Toliau apžvelgsime tris pagrindines šių rekomendacijų dalis: Pogimdyminės depresijos prevencija, atrankinis vertinimas, pagalba<sup>35</sup>.

**Depresijos prevencija.** Psichologinės ir psichosocialinės intervencijos yra labai rekomenduojamos užkertant kelią depresijai tarp nėščiųjų ir po gimdymo moterims, kurioms kyla pogimdyminės depresijos rizika, taip pat nėščiosioms ir pagimdžiusioms moterims, kurioms simptomai bei žinomi rizikos veiksniai nepasireiškia. Nėra tiksliai nurodoma, kokios būtent intervencijos yra efektyviausios, tačiau minima, kad papildomi akušerių vizitai, kognityvinės-elgesio terapijos elementų taikymas, pasiruošimo tėvystei užsiėmimai turi teigiamą poveikį moterims. Papildomai šiose rekomendacijose nurodoma, kad gali būti

<sup>34</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e429e12292e511eea70ce7cabd08f150>

<sup>35</sup> Riseup-PPD COST Action. Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, and treatment of peripartum depression. 2023. <https://riseupppd18138.com/clinical-practice-guidelines.html/>

rekomenduojama kassavaitinis fizinis aktyvumas kaip pogimdyminės depresijos prevencija bendrai moterų imčiai (t.y. kalbama apie bendrą moterų grupę, ne tam tikras rizikos grupes).

**Atrankinis vertinimas (angl. Screening).** Šiose rekomendacijose nurodoma Edinburgo pogimdyminės depresijos skalė kaip vienas dažniausiai naudojamų instrumentų vertinti depresijos simptomus nėštumo metu bei po gimdymo. Rekomenduojamos atrankos programos dėl depresijos nėštumo metu bei pogimdyminiu laikotarpiu. Atrankinis vertinimas būti atliekas vizitų namuose metu. Tai galėtų būti atliekama nėštumo ir pogimdyminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu, kuomet akušeris, šeimos gydytojas, ar gydytojas akušeris-ginekologas pateiktų moteriai užpildyti šią skalę. Etikos sumetimais, atrankinis vertinimas turėtų būti taikomas tik tuo atveju, jei yra galimybės po to užtikrinti reikalingą tolimesnį diagnozavimo procesą ir būklės stebėjimą. Reikėtų depresijos patikrą pasiūlyti tik jeigu yra tinkamos veikiančios pagalbos sistemos (t. y. veikia sukurtos pagalbos sistemos ir yra pakankamai klinikinį darbą dirbančių specialistų reikalingų tam, kad, jei būtų nustatyti depresijos simptomai, toliau galėtų būti nukreiptos kvalifikuotiems specialistams diagnostikai bei esant reikalui galėtų gauti įrodymais pagrįsta priežiūrą).

**Pagalba pogimdyminės depresijos atveju.** Psichologinės intervencijos. Nemažai mokslinių duomenų rekomenduojama taikyti kognityvinę elgesio terapiją depresijos simptomų gydymui moterims nėštumo metu ir po gimdymo. Dauguma moterų psichologinį konsultavimą laiko priimtiniu ir mažai tikėtinas yra šalutinis tokios pagalbos efektas. Minėtose rekomendacijose taip pat nurodomi ir kiti galimi pagalbos būdai, kaip Įsisąmoninto dėmesingumo technikos (angl. Mindfulness), Elgesio aktyvavimas (angl. Behavioral Activation), Tarpasmeninė terapija (angl. Interpersonal therapy), tačiau ši rekomendacija yra silpnesnio lygmens dėl mažiau esančių mokslinių įrodymų.

Farmakologinės intervencijos dėl depresijos gydymo nėštumo metu. Antidepresantai nėštumo metu yra rekomenduojami po išsamaus asmens situacijos įvertinimo, atsižvelgiant į rizikos ir naudos santykį kiekvienos moters ir jos negimusio kūdikio atvejui. Priimant sprendimą dėl antidepresantų skyrimo nėščiajai, reikia atsižvelgti į depresijos istorijos pasikartojimą, simptomų sunkumą, ankstesnius atsakus į intervencijas bei individualius pageidavimus. Rekomenduojama, kad gydytojai suteiktų informaciją moterims apie galimą riziką dėl

antidepresantų poveikio motinai nėštumo metu ir vaiko sveikatai lyginant su galimomis motinos depresijos keliamomis rizikomis. Rekomenduojama, kad visos moterys, kurios gauna medikamentinį depresijos gydymą, ir jų vaikai, turėtų būti tuo metu atidžiai stebimi nėštumo metu, o gimdymas vyktų specializuotuose akušerijos centruose su naujagimių intensyvios priežiūros galimybe<sup>36</sup>. Taip pat svarbu aptarti ne vien kokie yra reikalingi veiksmai siekiant moterų psichikos būklės gerinimo, bet ir į ką atkreipti dėmesį konsultuojant nėščias ir pagimdžiusias moteris. Toliau apžvelgsime psichologinius konsultavimo aspektus.

## 2.1. Gydytojų, specialistų teikiama emocinė pagalba

### 2.1.1. Emocinio santykio užmezgimas

Pirmiausia, siekiant efektyvios pagalbos, svarbu užmegzti gerą emocinį santykį su moterimi ir pagal galimybes su jos artimaisiais. Bendraujant su moterimi, svarbu yra suteikti jai, jos partneriui, kitiems dalyvaujantiems artimiesiems palaikymą, pripažinti moters pagrindinį vaidmenį rūpinantis vaiku bei priimant sprendimą dėl gydymo, palaikyti moterį, neteisiančiu bei empatišku bendravimu.

Moteris ir, jei ji sutinka, jos partnerį, šeimą, besirūpinančius asmenis, svarbu įtraukti ir į sprendimo priėmimą dėl jos ir jos vaiko sveikatos priežiūros, skatinti jos aktyvų įsitraukimą į sprendimų priėmimą. Artimieji vaidina svarbų vaidmenį užtikrinant moters ir jos vaiko gerovę, todėl reikia stengtis atsižvelgti, ir, jei įmanoma, įvertinti ir atliepti partnerio, šeimos ir globėjų poreikius kurie gali turėti įtakos moters psichikos sveikatai nėštumo metu ir po gimdymo (vaiko ir kitų priklausomų asmenų gerovė; partnerio, šeimos ir globėjų vaidmuo teikiant paramą; galimas kitų žmonių poveikis moters psichikos sveikatai).

Konsultavimo metu reikalinga, kad moteris gautų reikiamą informaciją apie psichikos sveikatos problemas nėštumo metu ir po gimdymo ir, jei ji sutinka, jos partneriui, šeimai, globėjams. Rasti erdvės aptarti gydymo ir prevencijos galimybes ir moteriai nerimą keliančius klausimus

---

<sup>36</sup> Riseup-PPD COST Action. Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, and treatment of peripartum depression. 2023. <https://riseupppd18138.com/clinical-practice-guidelines.html/>

dėl nėštumo ir vaiko, aptarti žindymo klausimus su moterimis, kurioms gali reikėti medikamentinio psichiatrinio gydymo nėštumo metu ir po gimdymo. Gali būti reikalinga aptarti ir galimas psichikos sveikatos rizikas ar gydymo nėštumo metu ir po gimdymo privalumus ir rizikas.

## 2.1.2. Aktyvus klausymasis ir jo įgūdžiai

Emocinio ryšio kūrime svarbią vietą užima aktyvusis klausymasis. Skiriamos dvi jo formos: nereflektyvus aktyvus klausymas ir reflektyvus aktyvus klausymas. Nereflektyviai klausydamiesi, mes nesikišame į pašnekovo kalbą, tik dėmesingai tylime arba įsiterpiame trumpomis replikomis („Taip?“, „Oho!“, „Suprantu“, „Įdomu!“, „Gal galite smulkiau?“ ir pan.). Reflektyvus klausymasis būna įvairių stilių. Reflektyviai klausydamiesi, mes parodome, kad domimės savo pašnekovu, t. y. retsykais pasitiksliname, ar teisingai suprantame kalbantįjį: „Jūs šią problemą suprantate būtent taip?“; „Gal galėtumėte patikslinti, kaip Jūs suprantate...“

Tikslinantis svarbu:

1. Pripažinti, kad jums neaišku.
2. Paprašyti pakartoti.
3. Jei galvojate, kad galbūt teisingai žmogų supratote, tačiau nesate tikras, pasakykite, kaip supratote, ir paprašykite, kad patikslintų, ar tikrai taip ir yra.
4. Prašykite tikslių pavyzdžių.
5. Jei įmanoma, klauskite atvirų klausimų.
6. Būkite pasiruošę tam, kad galite suprasti neteisingai.

Reflektyvaus klausymo tinkamos frazės:

1. Nesu tikra(-s), kad gerai jus supratau.
2. Man nėra visiškai aišku, gal galite pakartoti?
3. Kai sakėte, kad....., ką jūs turėjote omenyje?
4. Ar galėtumėte plačiau paaiškinti?
5. Aš supratau, kad..... Ar teisingai jus supratau?
6. Gal pateiktumėte pavyzdį?

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

**Perfrazuojame žmogaus sakomas mintis**, koncentruojamės į faktus ir tuo pačiu rodom, kad supratam esmę: „Kaip aš supratau, problema yra... (nusakome ją savais žodžiais). Ar teisingai aš supratau?“; „Man atrodo, Jūs pasakėt, kad...“

**Atspindime kalbančiojo jausmus:** „Aš jaučiu, kad patiriate liūdesį“. Savo reakciją į išgirstus jausmus galite parodyti ir taip: „Intuicija man sako, kad...“; „Jei aš teisingai supratau, tu jauti...“; „Tavo žodžiuose aš pajutau...“ ir kt. Tačiau nepatartina vartoti nieko nereiškančias „raminančias“ frazes: „Na, viskas ne taip blogai“; „Rytoj tau bus geriau“; „Nereikia taip visko imti į širdį - visa tai niekai!"; „Nedaryk iš musės dramblio!“ Tai sumenkina kalbančiojo jausmus.

**Apibendriname pagrindines pokalbio idėjas**, tuo lyg pasiruošdami tolimesniam pokalbio etapui: „Taigi problemos esmė yra...“; „O dabar pasitikrinsime: mes aptarėme šiuos faktus...“; „Reziumuodamas galiu pasakyti, kad...“

## 2.1.3. Kompleksinės pagalbos poreikiai, komandinio darbo svarba

Siekiant nėščių, pagimdžiusių moterų emocinės gerovės, reikalingas komandinis sveikatos priežiūroje dalyvaujančių specialistų darbas, tam, kad moteriai būtų suteikiama koordinuota pagalba. Todėl gali būti reikalinga įstaigos viduje išvystyti integruotą sveikatos priežiūros planą moterims, turinčioms psichikos sveikatos problemų, kuris apimtų psichikos sveikatos problemų priežiūrą ir gydymą, sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį (kas koordinuoja, kas monitoruoja). Specialistas, atsakingas už integruotos priežiūros koordinavimą, turėtų užtikrinti, kad visi komandos nariai žinotų savo atsakomybes, yra efektyvus pasidalijimas informacija su įsitraukusiais į paslaugas ir su moterimi, kad į sveikatos priežiūros planus įtraukta ir psichikos sveikatos priežiūra.

### **Pagalbą teikiančios organizacijos**

LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija parengė informaciją apie tai, kokios organizacijos teikia emocinę paramą ir pagalbą, kuri gali būti reikalinga nėščioms bei vaikus auginančioms motinoms, informaciją galima rasti šioje nuorodoje

[https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2023/12/vkttPg\\_ryyQ.pdf](https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2023/12/vkttPg_ryyQ.pdf), taip pat ji pateikiama [tekste žemiau](#):



# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“



Emocinė parama ir pagalba mamoms

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos informacija

<b>Tėvų linija</b>	8 800 90012 I-V 9–13 val. ir 17–21 val. www.tevulinija.lt	Psichologų konsultacijos telefonu tėvams, įtėviams, globėjams
<b>Pagalbos moterims linija</b>	8 800 66366 (visą parą) www.pagalbosmoterimulinija.lt	Emocinė pagalba moterims, išgyvenančioms vidinius sunkumus
<b>Krizinio nėštumo centras</b>	8 603 57912 www.krizinionestumocentras.lt	Nemokama kompleksinė, tęstinė pagalba patiriant su nėštumu susijusias krizes, pagybus persileidimą, netekus naujagimio, išgyvenant depresiją po gimdymo. Individualios psichologo konsultacijos, savitarpio paramos grupės, specialistų konsultacijos.
<b>Mamos linija</b>	laiskaimama@mamoslinija.lt www.mamoslinija.lt	Anoniminė emocinė parama el. laiškais mamoms, išgyvenančioms motyvacijos melancholiją
<b>Dulų asociacija</b>	f dulaslietuvoje	Individuali emocinė pagalba
<b>Ankstyvųjų pagalbos linija</b>	www.ankstukai.lt	Paramos ir pagalbos linija šeimoms, susilaukusioms ankštuko
<b>Neišnešiotukų pagalbos linija</b>	8 612 03800 (visą parą) www.padeduaugti.lt www.neisnesiotukas.lt	Emocinė pagalba, internetinės mamų savanorių ir šeimos gydytojų konsultacijos neišnešiotų kūdikį šeimoms ir jų artimiesiems

<b>Būsimų ir esamų mamų ir tėčių asociacija Gandras</b>	www.kudikionetektis.lt	Kompleksinė psichologinė ir socialinė pagalba šeimoms, netekusioms vaiko nėštumo, gimdymo metu ar pagimdžius
<b>„Galiu dėžutė“</b>	www.galiudezute.lt	Visa reikalinga informacija ir konsultacijos tėvams, kurių šeimoje auga ypatingas vaikas
<b>„Drauge“</b>	8 602 89773 https://programadrauge.lt	Savanorių ilgalaikė emocinė parama tėvams, turintiems nepilnametėjų vaikų ar jų besilaukiantiems ir išgyvenantiems sunkų etapą, besisąjūčiantiems vienišais
<b>„Mama mums rūpi“</b>	www.mamamumsrupi.lt f MamaMumsRupi	Pogimdyminės depresijos prevencija. Nemokamos paskaitos tėvams, terapijos grupės, mamų bendruomenių kontaktai visoje Lietuvoje
<b>Vilniaus arkivyskupijos Caritas Motinos ir vaiko globos namai</b>	8 5 212 1653 (9–20val.), 8 5 261 1014 (9–17val.) info@vilnius.caritas.lt vida.neverovic@vilnius.caritas.lt	Paslaugos besilaukiantioms ir moterims su vaikais iki 7 m.: konsultavimas, savitarpio pagalbos grupės, ilgalaikis prieglobstis
<b>Vaikų teisių linija</b>	8 800 10 800 vaikoteises.lrv.lt konsultacijos@vaikoteises.lt I-V 8:00 – 19:00 V 8:00 – 18:00	Vaikų teisių gynėja yra pasirengę atsakyti į vaikų ir suaugusiųjų klausimus apie vaikų teisių įgyvendinimą šalyje, pakonsultuoti ir nukreipti pagalbą. Ji skaita visiems – vaikams, tėvams, pedagogams, kiekvienam atskirai Lietuvos piliečiui.
<b>„Vilties linija“</b>	116 123 (visą parą) www.viltieslinija.lt	Telkiami emocinė parama telefonu, susirašinėjančiam internetu bei laiškais, skambučiai nemokami iš bet kurio tinklo
<b>„MaMaDu“</b>	www.mamadu.lt	Specialistų įvelgus, patarimai vaikų iki 3 metų bei suaugusiųjų emocinės / psichologinės sveikatos klausimais, videoįrašai, užsiregistravus – pagal vaiko raidą siunčiamas SMS žinutės su aktuali informacija.

<b>„Tu esi“</b>	www.tu esi.lt	Nacionalinė interneto svetainė, pateikianti informaciją esant savijudybės krizei ir teikiant pagalbą sau ar kitam
<b>Mobiliosios krizių įveikimo komandos</b>	1815 (I–V 8–20 val.) www.kriziukomanda.lt	Esant psichologinei krizei šeimoje ar organizacijoje teikiama pirminė konsultacija telefonu, prireikus atvyksta psichologų komanda ir teikia pagalbą vietoje
<b>Krizių įveikimo centras</b>	8 640 51555 www.krizesveikimas.lt	Psichologo paslaugos gyvai ir per skype / messenger, pirma konsultacija nemokama
<b>Pagalbos vyrams linija „Melis vienas“</b>	8 604 11119 (kadenc 18–22 val.) pagalba@melisvienas.lt https://melisvienas.lt	Specializuota emocinė, teisinė, psichologinė pagalba vyrams
<b>Specializuotos kompleksinės pagalbos centrai (SKPC)</b>	www.specializuotos.pagalboscentras.lt	Nemokama ir konfidenciali pagalba nukentėjusiems nuo smurto artimoje aplinkoje, teikiama visoje Lietuvoje
<b>Visuomenės sveikatos biurai</b>	https://hyt.lt/tpj5	Pasidomėkite jūsų savivaldybėje organizuojamais psichikos sveikatą stiprinančiais grupiniais užsiėmimais, savitarpio paramos grupėmis, nemokamomis psichologo konsultacijomis
<b>Psichikos sveikatos centrai</b>	https://pagalba-sau.lt/pagalbos-zemel-apsi/	Kviepkite į psichikos sveikatos centrą, prie kurio esate prisiregistravę, gaukite medicinos psichologo ar psichiatro nemokamą konsultaciją be siuntimo
<b>„Pagalba sau“</b>	www.pagalbasau.lt	Sveikatos apsaugos ministerijos nacionalinė platforma apie psichikos sveikatos sunkumus, jų požymius, pagalbą sau galimybes, prielaimą nemokamą specialią pagalbą

## 2.2. Specializuotos psichologinės pagalbos teikimas

### 2.2.1. Terapinio santykio kūrimo strategijos

Specializuota psichologinė pagalba pogimdyminės depresijos metu remiasi terapinio santykio sukūrimu. Bazinės terapinio aljanso kūrimo strategijos:

- Aktyvus bendradarbiavimas su klientu priimant sprendimus ir juos įgyvendinant;
- Empatijos, rūpesčio ir supratingumo rodymas;
- Terapinio stiliaus pritaikymas kliento poreikiams;
- Kliento neigiamų išgyvenimų švelninimas;
- Grįžtamojo ryšio išgavimas sesijų pabaigoje.

Kiti terapinio ryšio stiprinimo būdai:

- Teigiamų paskatinimų naudojimas (kai kliento elgesys pakinta į gera, atspindi jo pakitusias nuostatas ar gerąsias savybes ir pan.);
- Valdomi atsiskleidimai (jeigu terapeutas praeityje taip pat yra susidūręs su panašiais sunkumais);
- Nelygybės terapiniuose santykiuose mažinimas (menkai save vertinantis klientas pasijus geriau, pasikalbėjęs apie sritį, kurioje turi daug žinių);
- Nesutikimas su kliento neigiamu savivaizdžiu (parodant, kad nors kliento savivaizdis yra logiškas atsižvelgiant į jo patirtį, tačiau terapeutas nebūtinai su juo sutinka);
- Pagrįstos vilties suteikimas (šalia paramos ir supratimo labai svarbu suteikti klientams ir pamatuotą viltį);
- Apgailestavimas dėl ribotų terapeuto galimybių (pvz. negalėjimo iš karto palengvinti skausmą arba būti ir terapeutu, ir draugu);
- Padėjimas klientui pajusti terapeuto rūpestį juo (pvz. užsimenant, kad tarp susitikimų terapeutas galvojo apie klientą ir apie tai, kaip galėtų jam geriau padėti).

Santykį su klientu gerinančios strategijos pagal Rogers. Garsus psichologas, mokslininkas Rogers teigė, jog efektyviausią pagalbą gali suteikti specialistas, kuris klientui suteikia tris

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

svarbius komponentus - empatiją, nuoširdumą bei priėmimą. Žemiau pateiksime galimus šių komponentų naudojimo būdus.

**Empatija.** Pateikiame penkias technikas, kaip galite parodyti savo empatiją:

- **Įsitraukimas.** Tai reiškia, jog dėmesys yra pilnai sukonzentruotas į klientą ir tai parodoma tiek veido išraiškomis, tiek kūno kalba. Tokie neverbaliniai ženklai įtraukia - linkčiojimas, akių kontakto palaikymas, šypsena, tinkamo rimtumo palaikymas, pasilenkimas į kliento pusę, sėdėjimas arba stovėjimas arti kliento, tačiau palaikant tinkamą atstumą. Svarbu, jog parodytumėte, jog jūs įsitraukęs, susirūpinęs; jog esate įsipareigojęs ir patikimas. Balso tonas, tempas taip pat iliustruoja jūsų dėmesingumą. Efektyvus įsitraukimas yra nepastebimas ir tikras.
- **Verbaliai komunikojamas empatiškas supratingumas.** Jūs girdite ir aiškiai suprantate kliento esmines emocijas ir jausmus bei tiksliai ir su rūpesčiu, geranoriškumu perfrazuojate tai klientui. Tokiu būdu jūs demonstruojate aktyvų klausymąsi.
- **Jausmų reflektavimas.** Tai galingas įrankis norint atskleisti kliento atstumiamas emocijas. Krizių intervencijos metu klientas kartais nėra suinteresuotas atskleisti savo jausmus. Svarbiausia užduotis yra empatiškai išklausti kliento dabartinius jausmus ir susirūpinimą keliančius dalykus ir perfrazuoti, ką klientas patiria.
- **Neverbaliai komunikojamas empatiškas supratingumas.** Tai apima tikslų neverbalinių užuominų, kūno judesių, gestų, grimasų, akių, rankų, kojų judesių ir kitų kūno ženklų pastebėjimą ir reflektavimą. Taip pat svarbu pastebėti, ar neverbalinės žinutės atitinka verbalines žinutes. Naudinga išryškinti tokius neatitikimus klientui.
- **Tyla kaip empatiško supratingumo komunikavimo ženklas.** Tyla suteikia tiek klientui, tiek jums laiko pagalvoti.

**Nuoširdumas** - labai svarbu išlikti autentišku ir būti savimi bendraujant su klientu. Tam gali padėti ir valdomi atsivėrimai reflektuojantys savo patirtį susidūrus su panašiomis situacijomis.

**Priėmimas** - labai svarbu klientui iškomunikuoti, jog priimate jį tokį, koks yra, nors jo elgesys galbūt ir neatitinka jūsų vertybių. Labai svarbu, kad savo poreikius padėtumėte į šalį ir

užtikrintumėte, jog jūsų atsakas atspindi kliento priėmimą. Tai galima išreikšti tokiais žodžiais kaip „Suprantu, jūs darėte kaip galėjote“.

## 2.2.2. Kai pogimdyminė depresija sutampa su emocine/suicidine krize

Dirbant su moterimis ir šeimomis nėštumo metu bei po gimdymo, svarbu žinoti ir krizių intervencijos principus, kad galėtume esant reikalui, krizes patiriančių asmenų ir šeimų atveju, žinotume kaip padėti. Krizių intervencija taip pat kaip ir pati krizė neturi vieningo apibrėžimo. Mokslininkas Jeffrey Mitchell, vienas pirmųjų pateikęs vientisą struktūrinę krizių intervencijos programą, teigia, kad krizės intervencija – tai **LAIKINA**, bet **AKTYVI** ir **PALAIKANTI** intervencija į asmenų arba grupių gyvenimą, ekstremalaus distreso laikotarpiams“ (didžiosios raidės ir paryškimas J.Mitchell'o).

Amerikos psichologų asociacija (APA) teigia, kad krizių intervenciją galima apibrėžti kaip skubiai suteikiamą ir trumpalaikę psichologinę pagalbą, skirtą padėti krizinę situaciją patiriančiam asmeniui (arba asmenims) atgauti biologinę, psichologinę ir socialinę pusiausvyrą bei funkcionavimą, siekiant minimalizuoti ilgalaikės psichologinės traumos išsivystymo tikimybę.

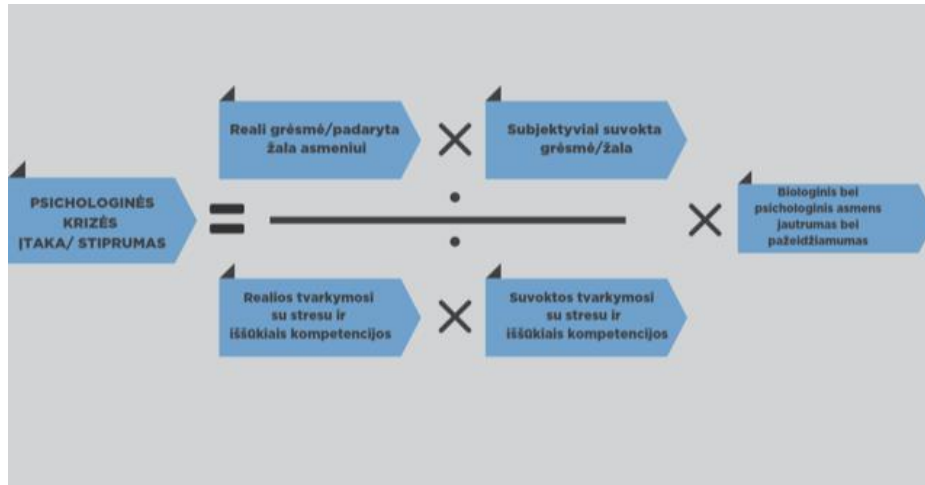
Kalbant apie krizių intervenciją, reikia atsižvelgti į krizės struktūrą, kurioje visuomet yra šios sudėtinės krizės dalys, įtakojančios viena kitą:

- Asmuo ar asmenys, patiriantys psichologinį stresą (iššūkį);
- Įvykis arba įvykiai, tapę šio streso trigeriais (sukeliančiais veiksniais);
- Subjektyvus stresą išgyvenančio asmens, įvykio (-ių) suvokimas ir interpretacija;
- Tvarkymosi mechanizmai, kuriuos asmuo naudoja, stengdamasis susitvarkyti su stresu ir jų veiksmingumas;
- Vienoks ar kitoks krizės išsprendimas (grįžimas į psichologinę pusiausvyrą be traumos arba patyrus traumą arba užsitęsusi psichologinė disfunkcija/liga arba sutrikimas).

Žemiau pateiksime modelį apie tai, kaip galima suvokti krizę ir planuoti krizės intervencijas.

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

Psichologinės krizės įtaka/žala/stiprumas yra lygi esamai realiai grėsmei/padarytai asmeniui žalai ir subjektyviai suvoktai grėsmei/ padarytai žalai ir ją mažina esamos realios tvarkymosi su patiriamu stresu ir iššūkiams kompetencijos ir suvoktos tvarkymosi su patiriamu stresu ir iššūkiams kompetencijos bei didina biologinis bei psichologinis asmens jautrumas bei pažeidžiamumas (1 pav.).



1 pav. Psichologinės krizės stiprumas

Tokiu atveju, pagrindiniai krizių intervencijos tikslai:

- mažinti esamą realią grėsmę ar žalą asmeniui;
- dirbti su mąstymo klaidomis mažindami subjektyviai suvokiamą grėsmę arba žalą;
- didinti realias tvarkymosi su patiriamu stresu arba iššūkiams kompetencijas;
- didinti tvarkymosi su patiriamu stresu arba iššūkiams kompetencijų įsisąmoninimą;
- mažinti biologinį ir psichologinį asmens jautrumo bei pažeidžiamumą.

Krizių intervencija turi prasidėti nuo pasirengimo jai, susidedančio iš: kiek galima objektyviau identifikuoti krizės tipą, realią grėsmę ir/ar padarytą žalą asmenims; apklausti krizę patyrusius asmenis; imtis veiksmų krizės vystymuisi stabdyti ir kiek galima švelninama situaciją; užtikrinti krizę patyrusius asmenys, kad bus padaryta viskas, tam, kad jais būtų pasirūpinta; pasitelkti visus reikalingus išorinius resursus ir apie krizę informuoti atsakingas tarnybas.

Krizių intervencijos siektini rezultatai:

- 1) Krizinės situacijos neigiamo poveikio ją patyrusiems asmenims sumažinimas;
- 2) Krizę patyrusių asmenų reakcijų į nenormalius įvykius normalizavimas;

- 3) Psichologinio ir emocinio atsistatymo proceso užtikrinimas ir pagreitinimas;
- 4) Krizę patyrusių asmenų adaptacijos gebėjimų atsistatymas.

Siūlome pasinaudoti dar Jeffrey Mitchell suformuotais ir mūsų papildytais krizių intervencijos vedimo principais, kuriuos galima apibūdinti taip:

1. **Paprastumas.** Intervenciją atlikti kuo paprasčiau, vengti sudėtingų manipuliacijų ir procedūrų.
2. **Struktūra, aiškumas ir apsiribojimas tik krizių intervencija.** Krizių intervencijos procedūras atlikti struktūriškai, aiškiai ir neužtęstai. Krizių intervencijos konsultacija gali trukti nuo keliolikos minučių iki valandos, jos metu atliekamos tik krizių intervencijos ir niekas daugiau. Dažniausiai užtenka iki 3-5 konsultacijų. Reikia atsiminti, kad krizių intervencijos tikslas nėra ilgalaikė kliento psichoterapija, o tik psichologinės krizės suvaldymas.
3. **Pasirengimas naujoms situacijoms ir kūrybingas, bet struktūrinis reagavimas į jas.** Krizių intervencijos yra naudojamos sudėtingose, kartais gana greitai besikeičiančiose aplinkybėse. Todėl reikėtų visada būti pasirengus naujoms situacijoms ir kūrybingai, bet struktūriškai į jas reaguoti.
4. **Racionalumas ir pragmatizmas.** Krizių intervencijų tikslas – kuo greičiau suvaldyti situaciją ir atstatyti psichologinę paveikto asmens pusiausvyrą, todėl visos procedūros turi būti racionalios, suprantamos klientui ir orientuotos į praktinį tikslą.
5. **Betarpiškumas ir neatidėliojimas.** Suvaldant krizę svarbus yra laiko faktorius, todėl intervencijos turėtų būti pradėtos kuo greičiau ir kuo patogesnėje klientui vietoje.
6. **Universalumas.** Pageidautina, kad krizių intervencijas turėtų atlikti psichinės sveikatos specialistai, tačiau su psichologinės krizės ištiktais asmenimis gali susidurti ir kiti specialistai (visų specialybių gydytojai, slaugytojai, paramedikai ir pagalbinis medicinos personalas, kariai, dvasininkai).
7. **Išbaigtumas ir proceso bei pabaigos suplanavimas.** Krizių intervencijos turi būti atliekamos laikantis plano vykdomos iki tikslo pasiekimo – psichologinės krizės suvaldymo. Pasiekus šį tikslą krizių intervencija turi būti nutraukta, o klientas gali toliau konsultuotis ar gydytis psichoterapijoje įprasta tvarka.

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

## Bendros rekomendacijos ką daryti ir ko nedaryti su krizę patiriančiu asmeniu

### *Ką daryti su krize patiriančiu asmeniu?*

- Išlikite ramūs, net kai asmuo, su kuriuo dirbate neramus
- Rodykite pagarbą bei užtikrinkite privatumą
- Pasiūlykite pagalbą sukoncentruojant dėmesį į specifinius jausmus ar emocijas
- Validizuokite, kad patiriami jausmai yra natūralūs
- Padėkite susiorientuoti situacijoje
- Paaiškinkite, kad emocijos ir patiriami jausmai (liūdesys, pyktis, baimė, vienišumas) gali svyruoti
- Pasiūlykite pagalbą ieškant galimybių išreikšti emocijas (savitarpio pagalbos grupės, draugai, bažnyčia ir t.t.)
- Pasiklauskite kaip galėtumėte padėti išreikšti jausmus
- Pasiūlykite patikimus informacijos šaltinius
- Išlikite neutralūs ir leiskite asmeniui pačiam spręsti savo problemas
- Įsisąmoninkite savo jausmus (ypač perkėlimus)
- Įsisąmoninkite, kad nors gali atrodyti, kad nieko nedarote, jūsų buvimas ir parama labai reikšmingi ir reikalingi
- Padėkite suprasti kodėl asmuo kreipiasi būtent dabar
- Padėkite generuoti alternatyvius požiūrius/sprendimus
- Baigiant komunikaciją būtinai sužinokite kokie asmens planai artimiausiai ateičiai

### *Ko nedaryti su krize patiriančiu asmeniu?*

- Nesakykite, kad žinote kaip jie jaučiasi
- Nenukreipkite pokalbio kita linkme
- Nesakykite, kad to ir reikėjo tikėtis
- Nesakykite, kad reikia gedėti
- Nesakykite, kad reikia atsipalaiduoti
- Nesakykite, kad reikia džiaugtis, kad asmuo yra gyvas
- Nesakykite, kad galėjo būti blogiau

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Nesakykite, kad viskas suplanuota iš aukščiau
- Nesakykite, kad mums duodama kiek mes galime pakelti
- Neminimizuokite asmens jausmų („Nėra taip blogai kaip jums atrodo“)
- Nevertinkite, nekaltinkite, nebūkite šališki (tokių žmonių asmens gyvenime daug)
- Nediagnozuokite, nemoralizuokite, neatvertinėkite „į doros kelią“
- Nesiūlykite tiesioginių sprendimų ar ką asmuo turi daryti (net uždary klausimų forma)
- Negirkite kalbėdami apie asmens stiprybes, pasireiškusias praeityje
- Neklauskite asmens KODĖL jis/ji taip pasielgė. Jis gali nežinoti ar priimti tai kaip kaltinimą
- Nesidalinkite savo situacijos matymu, o tik susirūpinimu dėl asmens saugumo bei gerovės
- Neišduokite žinomos informacijos apie susijusius asmenis
- Nesitikėkite labai greito efekto. Jeigu situacija klostėsi ilgesnį laiką ir sprendimui reikės laiko.

## ***Septynių žingsnių krizių intervencijos modelis pagal Albert'ą R. Roberts'ą***

Krizės apibrėžimas pagal A.R.Roberts'ą, krizė – tai ūmus psichologinės homeostazės sutrikdymas, kurio metu įprasti tvarkymosi mechanizmai tampa neefektyvūs ir patiriamas aiškus stresas ar funkcijos sutrikimas. Tai subjektyvi reakcija į stresinį patyrimą, kuris trikdo asmens stabilumą ir galimybes funkcionuoti bei tvarkytis su iššūkiais. Tyrinėdamas krizių intervencijos procesą A.Roberts'as išskyrė septynis krizių intervencijos žingsnius/fazes<sup>37</sup>:

### ***1 žingsnis. Išsamaus psichosocialinio ir mirties pavojaus įvertinimo suplanavimas ir atlikimas***

- Įvertinkite suicidines/homicidines mintis, planus („Kai sakote, kad nepakelsite to, ką turite galvoje?“)
- Įvertinkite intencijas padaryti žalą
- Įvertinkite kiek planas gali būti pavojingas/įgyvendinamas
- Įvertinkite suicidinius bandymus anamnezėje

### ***2 žingsnis. Psichologinio kontakto ir tarpusavio terapinio santykio užmezgimas***

---

<sup>37</sup> Roberts, A., & Ottens, A. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Journal of Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339



# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Užmegzkite akių kontaktą, parodykite įsitraukimą ir geranorišką nusiteikimą
- Užmegzkite terapinį aljansą
- Parodykite psichologinį atsparumą ir palaikymą

## *3 žingsnis. Krizę sukėlusią faktorių ir pagrindinių problemų išsiaiškinimas*

- Išsiaiškinkite kokie faktoriai būtent sukėlė krizę (kokie iššūkiai viršijo sprendimo ir/ar prisitaikymo galimybes)
- Išsiaiškinkite kokie šiuo metu subjekto svarbiausi poreikiai

## *4 žingsnis. Jausmų ir emocijų išreiškimas bei tyrinėjimas.*

- Aktyviu klausymu (parfrazavimas, bandymas, reflektavimas) skatinkite išreikšti emocijas bei jausmus
- Pritaikykite iššūkius keliančio atsako techniką
- Suteikite informaciją, perdirbkite, interpretuokite ją, naudokite atsargią „velnio advokato“ techniką

## *5 žingsnis. Alternatyvų kūrimas ir tyrinėjimas*

- Naudokite „proto šturmo“ metodiką
- Skatinkite „matyti didesnę vaizdą“ arba pažiūrėti iš šono arba platesnės perspektyvos“
- Mokykite ir padėkite pasitelkti išorinius resursus
- Apsvarstyti kas situaciją gali pagerinti ir kas pabloginti

## *6 žingsnis. Veiksmų plano sukūrimas ir įgyvendinimas*

- Pašalinkite žalą galinčias padaryti priemones
- Sudarykite riboto laiko susitarimą dėl saugumo
- Susidarykite tolimesnių kontaktų, konsultacijų, skambučių planą
- Padėkite koreguoti nerimą ir nemigą
- Palengvinkite izoliaciją/vienišumą
- Užtikrinkite asmens hospitalizaciją (jeigu tikrai reikia)

Šiuo žingsniu krizė turi būti išspręsta.

## *7 žingsnis. Tolimesnis stebėjimas*

- Fizinės būklės,

- Emocinės būklės
- Kognityvinių funkcijų
- Socialinio funkcionavimo
- Tolimesnių iššūkių ir reakcijų į juos
- Pasitenkinimo tolimesniu gydymu ir jo pažangos
- Reikalingų nukreipimų

## Šešių žingsnių krizių intervencijos modelis pagal R. James'ą

Visą krizių intervenciją pagal R. James'ą galima suskirstyti į tris svarbias intervencijas, kurios atliekamos šešių žingsnių būdu. Koncentruojamasi į aktyvų, tvirtą ir nuolatinį įvertinimą, klausymąsi ir nustatyto veiksmų plano vykdymą atgaunant krizės metu prarastą pusiausvyrą, autonomiją ir mobilumą. R. James naudoja tokią metaforą: „Specialisto darbas yra padėti klientui grįžti į savo psichologinės mašinos vairuotojo sėdynę“. Žingsniai:

- 1) **Įvertinimas krizių intervencijose** - tai problemos supratimas, apibūdinimas ir įvertinimas (įvertinama kliento būklė ir potenciali bei padaryta žala). Įvertinimas yra pirminis intervencijos žingsnis ir vyksta viso intervencijos proceso metu. Įvertinimas svarbus, nes padeda nustatyti krizės sudėtingumą, kliento esamą emocinę būseną, alternatyvas, įveikos mechanizmus, palaikymo resursus bei kitus svarbius tuo metu klientui prieinamus resursus, taip pat kliento savižudybės ar kitų sužalojimo riziką. Įvertinimas taip pat skirtas išsiaiškinti kaip klientui sekasi sprendžiant krizę bandant atgauti pusiausvyrą bei adaptyvumą.

Tiek pradinėse, tiek tolimesnėse krizės įveikos stadijose labai svarbu nuolatos vertinti krizės sudėtingumą. Tai reikia pradėti daryti vos tik užmezgus ryšį su klientu. Siekiama įvertinti tris kliento funkcionavimo sritis: emocinę sferą, kognityvinę būseną/mąstymo procesą ir elgesį:

- *Emocinė būseną.* Afekto pokyčiai dažniausiai yra pirmasis ženklas, jog klientas nėra pusiausvyros būsenoje. Paskatinant klientą įsąmoninti ir išreikšti savo jausmus tinkamu būdu galima padėti jam stabilizuotis ir toliau judėti krizės įveikos kryptimi.
- *Kognityvinė būseną, mąstymo procesas.* Kliento mąstymo modelių nustatymas yra ypatingai svarbus. Ar tai, ką klientas sako yra logiška ir nuoseklu? Pastebėjus

mąstymo klaidas, o tokių krizę patiriantys asmenys gali daryti labai daug, galima pritaikyti KET intervencijas, kurias aprašysime toliau.

- *Elgesys.* Stebint kliento elgesį vertinama ar jis gali ramiai sėdėti? Ar jis atsiribojęs ar nesuteikia jokie atsako užduodant klausimus? Kai kada gali padėti gana paprastas būdas nusiraminti – tai kartu su jumis lėtai pakvėpuoti arba tiesiog pastebėti savo kvėpavimą, jo nekeičiant.

Nustačius šias tris funkcionavimo sritis galima susidaryti įspūdį, kaip klientas šiuo metu funkcionuoja ir parinkti tinkamiausias intervencijų formas.

2) **Klausymasis krizių intervencijose** vykdomas siekiant didinti kliento saugumą bei teikiant palaikymą (labai svarbu įsitraukimas, stebėjimas, supratimas, atsako suteikimas, empatija, nuoširdumas, priėmimas, neteisimas, rūpestis). Esminis šios intervencijos tikslas - sukurti aplinką, kurioje asmeniui būtų suteikiama „pirmoji psichologinė pagalba“, kuri apibūdinama kaip saugumo klientui sukūrimas, stresą sukeliančių simptomų sumažinimas, fiziologinio pailsėjimo, nusiramino bei kliento nukreipimas į institucijas, kur būtų suteikiama socialinė parama, jei tai reikalinga.

Pateikiame svarbiausius efektyvaus klausymosi, naudojamo krizių intervencijos metu būdus:

- Naudokite atviro tipo klausimus. Patartina užduoti klausimus, prasidedančius kreipiniais „kas“ arba „kaip“, paprašant patikslinti tam tikrą teiginį ar pateikti daugiau detalių. Atviro tipo klausimai skatina klientą atsakyti pateikiant daugiau informacijos, detalių, ieškoti gilesnės prasmės, o ne tik paviršutiniškai atsakyti. Tokie klausimai padeda gauti daugiau informacijos apie kliento jausmus, mintis, elgesį.

- Nepamirškite ir uždaro tipo klausimų, suformuluotų taip, jog kliento atsakymas būtų *taip* arba *ne*, kurie gali būti naudojami norint gauti konkrečią informaciją.

- Perfrazuokite informaciją ir ją apibendrinkime. Savais žodžiais perfrazavus tai, ką klientas pasakė, galite gauti patikslinimą ir/ar patvirtinimą apie tai, ką klientas norėjo pasakyti, ką jaučia, mąsto ar daro. Perfrazavimas taip pat padeda klientui likti susikoncentravusiam.

- Naudokite įvardį „Aš“ įvairiame kontekste:

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Pasidalinant savo (kaip terapeuto) nesupratimu ar net frustracija, pavyzdžiui, jei nesuprantama, ką klientas pasakė. „Nesu tikras, jog aš supratau konflikto priežastį. Gal galėtumėte plačiau papasakoti, kas nutiko?“
- Naudokite teiginį „Aš suprantu“. Naudojant tokį teiginį klientui šnekant užtikrinsite, jog suprantate kliento situaciją ir patiriamą distresą.
- Suteikiant neigiamą grįžtamąjį ryšį apie kliento disfunkcinį elgesį svarbu pabrėžti, kad kritikuojamas kliento elgesys, o ne pats klientas. Pavyzdžiui: „Aš esu labai susirūpinęs dėl to, kad jūs pasakėte, jog norite atkeršyti žmonai. Ką jūs turite omeny sakydami „atkeršyti“?“
- Nustatant ribas. Svarbu nustatyti aiškias ribas, kuomet klientas praranda kontrolę. Pavyzdžiui, „Aš matau, jog esate labai piktas, tačiau negalite manęs įžeidinėti. Jei tęssite, aš turėsiu nutraukti mūsų konsultaciją ir paprašysiu jūsų išeiti“.
- Naudojant tvirtus teiginius. Krizių intervencija dažnai reiškia, jog turėsite perimti situacijos kontrolę. Norint, kad klientas laikytųsi jūsų nurodymų, turėsite kalbėti aiškiai ir konkrečiai. Pavyzdžiui, „Aš noriu, jog sutiktumėte savęs nežaloti ir pasirašytumėte šį susitarimą“.

**3) Pagalbos užtikrinimą.** Pradžioje rekomenduoja daugiau klausymąsi, negu veiksmų ėmimąsi, išskyrus tuos atvejus, kuomet gresia pavojus saugumui, yra potenciali susižalojimo ar savižudybės rizika. Tokiu atveju privaloma nedelsiant imtis veiksmų. Tada yra koncentruojamasi į veiksmą, elgesio keitimą, nors viso įvertinimo metu aktyviai klausomasi. Idealiausia, jei veiksmų planas sudaromas bendradarbiaujant su klientu. Jei klientas negeba bendradarbiavime būti aktyviu, gali būti, jog bus reikalingi tiesioginiai nurodymai, kaip elgtis.

Atsako suteikimas, parodantis dėmesingą klausymąsi – tai viso dėmesio sukonzentravimas į kliento patirtį ir to reflektavimas klientui. Tai galima atlikti keliais žemiau nurodytais būdais:

- Kreipiant dėmesį tiek į verbalines, tiek į neverbalines žinutes bei „skaitant“ tam tikrų kliento užuominas ir tai perduodant klientui. Pavyzdžiui, galime sakyti

„Monika, aš pastebėjau, jog kada pradėjote šnekėti apie savo darbą, jūsų akys tarsi sužibėjo ir jūsų balse pajaučiau džiugesį“.

- Atsakant klientui tokiu būdu, jog tai leidžia jam/jai suprasti, jog tiksliai išgirdote faktus ir taip pat supratote, kokia yra kliento emocinė būseną. Pavyzdžiui, „Jūs man pasakėte, jog norite palikti dabartinį darbą, tačiau pastebėjau kylantį nerimą, kai kalbate apie šį sprendimą..., papasakokite smulkiau... “
- Tiesiogiai palaikant ir pamotyvuojant klientą savo žodžiais, kas yra svarbu padedant jam/jai aiškiau suprasti savo jausmus, vidinius motyvus bei suteikiant viltį ir paskatinant judėti į priekį. Pavyzdžiui, „Jūs šnekėjote apie energiją, entuziazmą, kurį jaučiate, kaip leidžiate laiką su savo draugu Algirdu bei jaučiamą viltį, kai vaikštote kartu sportuojate.“
- Padedant klientui suvokti, kokį poveikį krizinė situacija turi jo gyvenimui ir paskatinant jį pažvelgti į situaciją tarsi iš stebėtojo rolės bei įvertinti ją objektyviai ir racionaliai. Pavyzdžiui: „Atrodo, tarsi jūs jaučiatės įstrigusi. Aš svarstau, kaip būtų, jei jūs tarsi žengtumėte žingsnį atgal ir pažvelgtumėte į savo situaciją kito žmogaus, žiūrinčio į jus, akimis. Ką jūs galėtumėte pasakyti tam žmogui, į kurį žiūrite? arba Jei ten stovėtų jūsų geriausias draugas, ką pasakytumėte jam apie jo situaciją?“

Teigiamas paskatinimas (angl. *positive reinforcement*), naudojamas siekiant paskatinti kliento pasitikėjimą savimi ir motyvaciją. Jis atliekamas kai klientui kažkas sekasi, motyvuoja klientą tęsti jam naudingą elgesį. Pavyzdžiui, „Puikiai padirbėjote. Jums puikiai sekėsi pamatyti situaciją iš šalies, atpažinti savo mąstymo klaidas ir tai padėjo jums nusiraminti bei geriau priimti sprendimus“.

#### 4) Alternatyvų ieškojimas. Atliekant šį žingsnį naudojamos trys strategijos:

- Padėti klientui identifikuoti žmones, kurie galėtų jį palaikyti, jam padėti.
- Padėti klientui nustatyti, kokie įveikos mechanizmai ar veiksmai, elgesys, aplinkos resursai galėtų padėti susitvarkyti su ištikusia krize.
- Padėti klientui nustatyti ir įvertinti savo mąstymo modelius ir jei įmanoma koreguoti juos taip sušvelninant patiriamą nerimą. Tam labai padeda KET metodikos, kurias pristatysime vėliau.

- 5) **Veiksmų plano kūrimas.** Klientui padedama sukurti veiksmų planą krizei įveikti ir situacijai pagerinti, kuris yra labai detalus ir įtraukia asmenis, grupes ir kitus resursus, į kuriuos klientas gali kreiptis, kai reikalinga skubi pagalba. Plane turi būti numatytos įveikos strategijos, kurios yra konkrečios ir pozityvios. Labai svarbu, kad veiksmų planas būtų kuriamas bendradarbiaujant su klientu. Labai svarbu, jog klientas nesijaustų, tarsi iš jo atimama kontrolė, savarankiškumas, nepriklausomybė.
- 6) **Įsipareigojimas.** Šio paskutinio krizės įveikos žingsnio metu kliento prašoma verbaliai apibendrinti sudarytą planą. Atvejais, kuomet yra savižudybės tikimybė, gali būti prašoma įsipareigoti nesužaloti savęs ir aplinkinių pasirašant po planu. Kliento įsipareigojimas turėtų būti savanoriškas. Taip pat svarbu užtikrinti, jog klientas gebės įgyvendinti sudarytą planą.

**Veiksmo ėmimasis krizių intervencijose pagal R. James'ą.** Kaip jau žinome veiksmų šiame modelyje imamasi darant 4, 5 ir 6 krizių intervencijos žingsnius. Tai galima atlikti įvairiais būdais, pavyzdžiui, nedirektyviai, bendradarbiaujant ir direktyviai. Žemiau šiuos būdus pateikiame išsamiau.

- **Nedirektyvus konsultavimas.** Toks konsultavimas pageidautinas, kuomet klientas geba inicijuoti ir atlikti savo pačio sukurtus veiksmo žingsnius. Jūsų rolė yra padėti klientui suvokti jo pajėgumą spręsti savo paties problemas. Pavyzdžiui, „Kas norėtumėte, kad įvyktų?“; „Kas galėtų jums padėti įgyvendinant šį planą?“
- **Bendradarbiavimu paremtas konsultavimas.** Jis geriausiai kai sukuriama partnerystė su klientu vertinant jo problemas, generuojant alternatyvas bei vykdant veiksmo plano žingsnius. Bendradarbiavimas - tai „mes“ tipo požiūris. Pavyzdžiui, „Jūs man pasakėte, jog nusprendėte palikti savo partnerį, tačiau nesate tikra, kokių legalių veiksmų jums reikėtų imtis. Paieškokime, kur galėtumėte kreiptis pagalbos dėl juridinių klausimų“.
- **Direktyvus, nurodomasis konsultavimas.** Toks konsultavimas reikalingas, kuomet nustatoma, jog klientas nėra pajėgus susidoroti su krize. Tai yra „Aš“ tipo požiūris. Naudojant nurodomąją poziciją, jūs prisiimate laikiną kontrolę bei atsakomybę už situaciją. Gali būti, jog kartais pradėsite nuo nurodomojo konsultavimo ir tuomet pereisite į bendradarbiavimu paremtą konsultavimą, nes kliento nerimas atslūgs ir ji/jis gebės įsitraukti į procesą. Pavyzdžiui, „Noriu, kad dabar kartu su manimi

kvėpuotumėte. Įkvėpkite skaičiuodama iki 6 ir iškvėpkite skaičiuodama iki 6.” „Jūs ką tik pasakėte man, jog turite minčių apie savižudybę ir tokį norą skalėje 1-10 įvardinote 9. Aš esu susirūpinusi jūsų saugumu. Jūs nesutikote savęs nesižaloti. Aš privalau tuoj pat susisiekti su skubia medicinos pagalba, kuri pasirūpins jūsų saugumu“.

### 2.2.3. Konsultavimas ir savižudybės grėsmė.

Vienas iš svarbių depresijos simptomų - mintys apie savižudybę, tad LR SAM „Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų priverstinio hospitalizavimo ir priverstinio gydymo bei priverstinio hospitalizavimo atvejų stebėsenos (monitoringo)“ tvarkos apraše (2019) nurodyta, jog pastebėjus, kad moteris kelia grėsmę savo veiksmais ar neveikimu sau ar aplinkinių sveikatai, gyvybei, svarbu, jog tai žinantys asmenys kreiptųsi į Bendrąjį pagalbos centrą (Nr. 112) ir nurodytų moters elgesio požymius. Pagal nurodytus požymius, įvertinus moters psichikos būklę, elgesį ir anamnezę sveikatos priežiūros specialistas (gyd. psichiatras) priima sprendimą dėl priverstinio moters hospitalizavimo ir suteikia visą būtiną informaciją pacientei. Gavus moters pritarimą, parašą ant informuotos sutikimo formos, moteris yra priverstinai hospitalizuojama tam tikram sutartam laikui, o negavus pritarimo iš pačios pacientės, moteris gali būti hospitalizuojama 3 darbo dienas su kitų gydytojų pritarimu<sup>38</sup>

### **Kaip elgtis po mirtimi nesibaigusio suicidinio bandymo**

Labai sudėtingas bendravimas gali būti su asmenimis po mėginimo nusižudyti. Tokie asmenys gali turėti prieštarigus jausmus savižudybės atžvilgiu, pavyzdžiui, gali norėti arba nenorėti apie tai kalbėtis iš karto po įvykio. Jiems gali būti sunku rasti tinkamus žodžius, būti baisu, kad žmonės apie juos blogai galvos arba teis juos. Taip pat gali atrodyti, kad kalbėdamiesi jie užkraus kitiems nepakeliamą našą. Todėl, pradėdant darbą su tokiais asmenimis labai svarbu

<sup>38</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2019). Dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų priverstinio hospitalizavimo ir priverstinio gydymo bei priverstinio hospitalizavimo atvejų stebėsenos (monitoringo) tvarkos aprašo patvirtinimo. Žiūrėta internete: [https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5fedc9c17ad611e98a8298567570d639?positionInSearchResults=%200&searchModelUUID=f62d0647-3bf0-485d-a0f0-50cd3fe88a67&fbclid=IwAR2LIP8XpjkRLg9I4-zIDAHPBGyzjxFDL5PVgSq\\_7MdYtlmMteflvXdkxg](https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5fedc9c17ad611e98a8298567570d639?positionInSearchResults=%200&searchModelUUID=f62d0647-3bf0-485d-a0f0-50cd3fe88a67&fbclid=IwAR2LIP8XpjkRLg9I4-zIDAHPBGyzjxFDL5PVgSq_7MdYtlmMteflvXdkxg)

sukurti tarpusavio pasitikėjimą (kurį galima pradėti kurti kad ir pasakant, kad nors neturite atsakymų į visus klausimus, galite ieškoti būdų eiti pirmyn drauge).

Nagrinėjant asmens išgyvenimus po mėginimo nusižudyti reikia pabrėžti, kad nėra „teisingų“ ar „neteisingų“ jausmų po tokio bandymo. Specialistų tikslas validizuoti visus jausmus, kad ir kokie jie bebūtų: nerimas, gailėtis, pyktis, išsekimas, sustingimas/sutrikimas/sumišimas, gėda, kaltė, palengvėjimas/ džiaugsmas. Išgyvenę savo suicidalinį elgesį asmenys dažnai jaučia stiprų kaltės jausmą (esąs kaltas dėl to, kad sukėlė rūpesčių, kad privertė kentėti artimuosius). Šis jausmas, tačiau jau kaip paradoksas, gali būti būdingas išgyvenusiems įvykius, kuriuose didelė dalis žmonių žuvo (stichinės nelaimės, karo veiksmai). Tada pagrindinė varginanti mintis būna „kodėl kiti man svarbūs žmonės nukentėjo arba žuvo, o aš išlikau“. Taip pat asmuo gali turėti sunkumų įsisąmoninant savo buvusių veiksmus. Pavyzdžiui, asmuo gali nežinoti, **kodėl** ir **ar tikrai** norėjo nutraukti savo gyvenimą. Bandymo nusižudyti supratimas gali užtrukti, tačiau tai verta daryti. Su tokiu asmeniu galima panagrinėti mintis ir jausmus kodėl jis ar ji bandė nusižudyti ir, pavyzdžiui, kaip tai veikia dabartinę situaciją. Dažnai gali būti įsisąmoninamos tokios savižudybės bandymo priežastys:

- Situacija buvo nepakeliama, asmuo nebegalėjo rasti kitos išeities;
- Pradėjo dominuoti jausmas, kad asmuo „pateko į spąstus“ ir neturi kito būdo išsigelbėti;
- Užplūdo stiprus susijaudinimas;
- Užgriuvo stiprūs jausmai, kurių atrodė neįmanoma suvaldyti;
- Buvo stiprus noras parodyti kitiems, kaip labai reikia pagalbos ir kokia beviltiška yra situacija ir asmuo nesurado kito būdo tai padaryti;
- Vargino stiprus jausmas, kad asmuo yra našta kitiems.

Po nepavykusios savižudybės asmuo gali atsidurti skirtingose situacijose:

- Konfliktas, paskatinęs savižudišką elgesį prarado aktualumą, savižudiškų tendencijų nėra, jaučiama gėda, mirties baimė.
- Konfliktas tampa neaktualus, nes gauta, tai ko buvo siekta, aplinkiniai ir artimieji paveikti (taip būna kai savižudiškas elgesys turėjo manipuliacinius motyvus).



# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Konfliktas aktualus, savižudiškų tendencijų nėra, ieškoma kitokių konflikto sprendimo būdų.
- Konfliktas išlieka aktualus, o ir savižudiški ketinimai lieka, požiūris į savižudybę išlieka teigiamas.

Verta atsiminti, kad po mėginimo nusižudyti rizika pakartoti bandymą mažiausiai apie tris mėnesius išlieka aukšta, gyvenimas gali atrodyti chaotiškas ir be krypties, gali varginti nerimas bei mintys „ar pavyks atsigauti ir vėl gyventi normaliai“. Taip pat daugeliui asmenų yra būdingas nenoras kalbėti apie savižudybę bei ambivalentiškas santykis su ja.

Teikiant pagalbą po mėginimo nusižudyti reikėtų:

- užmegzti dalykišką, lygiavertį bendravimą;
- vengti smerkiančios ir globėjiškos pozicijos;
- padėti gauti informaciją apie tai, ko žmogus nežino apie įvykius, atsitikusius tuo metu (pvz., jei žmogus buvo be sąmonės);
- paruošti asmenį kontaktams su artimaisiais;
- aptarti su asmens artimiausius ateities planus.

Ką patarti asmeniui pirmosiomis dienomis po nepavykusio suicidinio bandymo? Geriausi patarimai tokiu atveju gali būti:

- Nebūti vieniems;
- Nenusigręžti nuo siūlomos pagalbos ir priimti ją;
- Jei paskirti vaistai, juos vartoti;
- Laikytis nustatyto miego, valgymo ir mankštinimosi (judėjimo) režimo;
- Vengti alkoholio ir kitų svaigalų.

Nesėkminga savižudišką bandymą turėję asmenys dažnai prisibijo, jaučia gėdos jausmą ir vengia bendrauti su savo artimaisiais. Jeigu taip yra, galime jiems patarti:

- Padėkoti artimiesiems už jų pastangas;

## “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

- Pasakyti apie savo norą išlaikyti kuo geresnius santykius (jei žmogus nežino, kaip reaguoti į artimųjų pastangas padėti, tiesiog padėkoti už rūpestį ir pasakyti, kad esu dėkingas, kad darote, ką galite);
- Kiek įmanoma atviriau sakyti artimiesiems apie savo norus“, pvz.:
  - „norėčiau/ nenorėčiau dabar bendrauti, būti su žmonėmis;
  - „dabar labiausiai norėčiau, kad manęs kas nors išklaustų ir nesakytų, ką aš turiu daryti“
  - „šiuo momentu tikrai norėčiau nukreipti mintis kitur ir pasikalbėti apie kitką“.
- Pabendrauti su artimaisiais ir kitomis temomis.

Verta klientui papasakoti, kad artimieji irgi žmonės ir reaguodami į buvusį suicidinį aktą gali išgyventi daug prieštaringų jausmų, tokių kaip: pyktis ant bandžiusiojo žudyti, kaltė, nerimas ir nesaugumo jausmas, gėda, bejėgiškumas, beviltiškumas, kontrolės neturėjimo jausmas, išdavystės jausmas. Nebūtina su tuo ką nors ypatinga daryti, galima tiesiog pažiūrėti su atjauta į artimųjų jausmus ir juos daugiau suprasti.

Specialistams, dirbantiems su suicidiniaisiais klientais taip pat gali kilti visokių prieštaringų jausmų, tokių kaip:

- Nerimas – „ar pavyks suvaldyti savižudybės krizę“, „kažką ne taip pasakysiu ar padarysiu“;
- Vengimas – „turiu per mažai patirties“;
- Pyktis – „jis/ji neverta(-s), kad būtų investuojami tokie resursai į pagalbą tokiam žmogui“;
- Distresas – „man pačiam(-iai) sunku susitvarkyti su asmeninėmis problemomis, o čia dar toks nevykėlis“;
- Vidinis konfliktas – „specialistai dažnai jaučiasi atsakingi už kito žmogaus emocinę sveikatą, o patys žmonės – ne“;
- Moralinis konfliktas - religiniai specialisto įsitikinimai nenori priimti žmogų, pasikėsinusį į šventenybę – žmogaus gyvybę.

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

Dirbant su galimai suicidinių ketinimų turinčiu asmeniu svarbiausia geras kontaktas. Jo užmezgimui gali padėti žemiau išvardintos taisyklės:

1. Reikia pokalbiui surasti ramią vietą, užtikrinančią konfidencialumą ir saugumą;
2. Paašškinti pokalbio/jvertinimo tikslą;
3. Skirti pakankamai laiko konsultacijai, nes gali užtrukti, kol žmogus pradės atviriau kalbėti;
4. Klausyti, klausyti, klausyti;
5. Klausytis sutelkiant visą dėmesį ne į savo, o į kito asmens poreikius.

Papildomos priemonės kliento atsivėrimui paskatinti gali būti įdėmiai klausantis paskatinti kalbėti žodžiais:

- Gal norėtum su manim pasikalbėti?
- Labai norėčiau tau padėti. Kaip galėčiau?
- Man svarbu išgirsti, kaip tu jautiesi. Gal galim pakalbėti apie tai...
- „Būna, kad žmonės, kurie jaučiasi taip blogai, kaip dabar Jūs, pagalvoja apie savižudybę. Ar Jums kyla tokių minčių?“

Ką dar galima daryti - naudoti aktyvaus/reflektyvaus klausymosi technikas: išlaikyti neįkyrų (nei per daug, nei per mažai) akių kontaktą, pritariamai linksint galva, vis išstariant trumpus žodelius, parodančius, kad klausomės („suprantu“, „aišku“, „taip, aš jus suprantu“), kartais tiesiog patylint.

Ko nedaryti:

- Nepertraukinėkite kliento, ypač pernelyg dažnai;
- Neužbaiginėkite jo arba jos sakinių;
- Nerodykite labai stiprių emocijų;
- Neparodykite, kad neturite laiko;
- Neauklėkite, nepamokslaukite;
- Susilaikyti nuo pagundos pasiūlyti greitą sprendimą.

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

Savižudiškos krizės metu svarbiausia (Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS; D. A. Jobes, 2006):

- Susikoncentruoti pagrindiniam tikslui – išsaugoti paciento gyvybę;
- Pirmenybę teikti suicidinei būklei, o ne esamiems psichikos sutrikimams;
- Neišsiplėsti į nesusijusias temas, jei jos neturi reikšmės rizikai nusižudyti;
- Suicidiškumą padaryti bendrai apsvarstomu ir kartu su pacientu terapiškai sprendžiamu klausimu, pavyzdžiui, „kartu pažiūrėkime, ar nerasime tinkamos alternatyvos savižudybei, kad įveiktume jūsų skausmą ir kančią“ – tai didina paciento motyvaciją kovoti už gyvybę;
- Nepamiršti bene svarbiausiam tikslui - išmokyti pacientą tapti „pradedančiu suicidologu“.

Visada prisiminkime, kad svarbiausia nuraminti ir paguoti klientą, o specialistai yra ne jo priešininkai, bet sąjungininkai. Mes negalime priversti žmonių nesižudyti prievarta, gąsdinimais ar uždarę į ligoninę, o tik bendradarbiaudami ir padėdami.

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

## PRIEDAI:

1 PRIEDAS

(Savižudybės grėsmę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo forma)  
**SAVIŽUDYBĖS GRĖSMĘ IŠGYVENANČIŲ ASMENŲ PSICHOSOCIALINIS  
 VERTINIMAS**

1. Asmens vardas, pavardė		
2. Psichosocialinio vertinimo data, laikas		
3. Kontaktas vertinimo metu <input type="checkbox"/> Bendradarbiaujantis <input type="checkbox"/> Nebendradarbiaujantis (kiek galima pasitikėti vertinimo rezultatais, ar nenoriai atsiskleidžia, ar atsiribojęs)		
<b>A dalis: Dabartinė situacija</b>		
4. Paskutinis iki kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą tyčinio žalojimosi atvejis: 4.1. Data..... 4.2. Aplinkybės: ..... 4.3. Sukelta grėsmė gyvybei: ..... 4.4. Tyčinio žalojimosi būdas: ..... 4.5. Planas: neplanuotas / iš anksto apsvarstytas būdas / detaliai suplanuotas 4.6. Pasiruošimas savižudybei: nebuvo / tik atsisveikinimo laiškas / detalesnis pasiruošimas 4.7. Tikslas nusižudyti: buvo / nebuvo / neaišku 4.8. Reakcija į tyčinį susižalojimą: gailisi / pyksta, kad išgelbėtas / kita		
5. Dabartinės savižudiškos mintys / ketinimai: 5.1. Kiek laiko paskutiniu metu svarsto apie savižudybę? 5.2. Pagrindiniai postūmiai savižudybei		
6. Dabartinė būseną: 6.1. Pagrindiniai stresoriai 6.2. Vyraujantys jausmai (ypač neviltis, vienišumas, ažitacija, pyktis, gėda, pažeminimas, savęs kaltinimas) 6.3. Klisodesiai / haliucinacijos, jų pobūdis		
7. Ar asmens saugumui užtikrinti reikia intensyvaus stebėjimo (visą parą)? <i>Rekomenduotina, jei pažymėtas vienas ar daugiau iš toliau nurodytų variantų</i>	<input type="checkbox"/> Taip (pereiti prie C dalies)	<input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> Tyčinis žalojimas su aiškiai įvardytu ketinimu numirti, planavimu, pasiruošimu savižudybei, asmuo nusivylęs, kad išliko gyvas <input type="checkbox"/> Dabartinis ketinimas nusižudyti (išsakomas, numanomas iš būsenos) <input type="checkbox"/> Asmuo negali kontroliuoti savižudybės minčių, atsakyti už savo veiksmus <input type="checkbox"/> Klisodesiai, haliucinacijos, susiję su savižudybės grėsme		

Kita (detalizuoti):.....

## **B dalis: Rizikos ir apsauginiai veiksniai**

### **8. Ankstesnė su savižudybėmis susijusi patirtis:**

8.1. *Buvo (-ę) tyčinio žalojimosi atvejis (-ų) (skaičius.....)*

8.2. *Žalojosi per paskutinius 3 mėn.  Taip  Ne*

8.2.1. *Kokiais būdais?.....*

8.2.2. *Kada paskutinį kartą žalojosi?.....*

8.3. *Ankstesnis žalojimosi:*

8.3.1. *būdas.....*

8.3.2. *kūno dalis (-ys), kurios buvo žalojamos.....*

8.4. *Turi artimųjų, kurie nusižudė.....*

8.5. *Turi artimųjų, kurie tyčia žalojosi, bandė nusižudyti.....*

8.6. *Kaip vertina savęs žalojimąsi / ankstesnius žalojimosi atvejus.....*

### **9. Polinkis į rizikingą elgesį ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas:**

9.1. *Piktnaudžiavimas / priklausomybė psichoaktyviosiomis medžiagomis (nurodyti, kokiomis)*

9.2. *Impulsų kontrolės problemos (polinkis rizikingai elgtis, kai paveiktas jausmų)*

9.3. *Ankstesnis agresyvus elgesys*

### **10. Kiti bendri rizikos veiksniai:**

10.1. *Izoliacija, vienišumas (-a)*

10.2. *Išsiskyres (-usi)*

10.3. *Darbo neturėjimas*

10.4. *Finansiniai sunkumai*

10.5. *Socialinės paramos stoka*

10.6. *Netektys*

10.7. *Diskriminacija*

10.8. *Patirtas smurtas (seksualinis, fizinis, emocinis, nepriežiūra)*

10.9. *Lėtinės ligos, skausmas*

10.10. *Kita (įrašyti):*

### **11. Apsauginiai veiksniai**

11.1. *Išsako priežastis gyventi*

11.2. *Dalyvauja gydymo programoje (pvz., lankosi pas psichikos sveikatos priežiūros specialistą)*

11.3. *Šeimos / artimųjų parama*

11.4. *Jaučiasi įsipareigojęs šeimai ar kitiems artimiesiems*

11.5. *Įsitraukęs į darbinę veiklą / mokyklos gyvenimą*

11.6. *Kita psichosocialinė parama (veiklos grupės, draugai)*

11.7. *Savižudybei prieštaraujantys religiniai įsitikinimai*

11.8. *Kita:*

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

<p>12. Ar yra hospitalizacijos stacionarines psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ poreikis? <i>Rekomenduotina, jei pažymėtas vienas ar daugiau iš toliau nurodytų variantų</i></p>	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> Dabartinė būseną reikalauja atidesnio vertinimo <input type="checkbox"/> Reikalingas būsenos stebėjimas parenkant gydymą <input type="checkbox"/> Menki apsauginiai veiksniai ir aukšti bendri rizikos veiksniai <input type="checkbox"/> Ankstesni bandymai nusižudyti ir dabartinis psichosocialinės pagalbos planas nepakankamas <input type="checkbox"/> Piktnaudžiavimas / priklausomybė psichoaktyviosiomis medžiagomis <input type="checkbox"/> Impulsyvumas <input type="checkbox"/> Kita (detalizuoti):.....		
<b>C dalis: Tolesnės pagalbos teikimo plano aptarimas</b>		
<p>13. Asmens kontaktinis telefonas ir elektroninio pašto adresas</p>	<p>14. Pastabos dėl susisiekiimo su asmeniu</p>	
<p>15. Ankstesnė pagalba (pvz., psichofarmakologija, psichoterapija, konsultavimas, kita):          15.1. Ar anksčiau kreipėsi pagalbos?.....          15.2. Ar pagalba buvo veiksminga?.....          15.3. Hospitalizacijų psichikos sveikatos priežiūros profilio stacionare per paskutinius 12 mėn. skaičius.....</p>		
<p>16. Aptartas tolesnės pagalbos asmeniui teikimo planas:  <input type="checkbox"/> Sutarta dėl tolesnės pagalbos: asmens psichikos sveikatos centre / siuntimas gydytis stacionare / dienos stacionare / kita (įrašyti).....  <input type="checkbox"/> Užtikrintas aplinkos saugumas / pašalintos savižudybės priemonės  <input type="checkbox"/> Į saugumo užtikrinimą įtraukti artimieji</p>		
<p>17. Su tolesne pagalba asmuo:  <input type="checkbox"/> Sutinka, motyvuotas  <input type="checkbox"/> Nesutinka, atsisako tolesnės pagalbos (<i>Kaip mėginta skatinti motyvaciją?</i>)</p>		
<p>18. Situacija ir tolesnės pagalbos asmeniui teikimo planas aptartas su šiais artimaisiais (jų vardai, pavardės ir kontaktiniai telefonai):</p>		
<p>19. Jei asmuo nepilnametis, kiek tėvai / globėjai gali bendradarbiauti gydymo metu:  <i>19.1. Įsitraukę, gali palydėti į konsultacijas</i></p>		

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

<p>19.2. Bendradarbiavimas nenuoseklus, abejoja gydymo reikalingumu          19.3. Atsiriboję, nėra galimybių bendradarbiauti</p>		
<p>20. Išvados</p>		
<p>21. Rekomendacijos dėl tolesnės pagalbos</p>		
<p>22. Informuota</p>	<p><input type="checkbox"/> Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga  <input type="checkbox"/> Valstybinė vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba  <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti).....</p>	
<p>23. Vertinimą atliko</p>	<p>(vardas, pavardė, pareigos)</p>	<p>(parašas)</p>
<p>24. Sutikimas dėl informavimo</p>	<p>Sutinku, kad dėl mano sveikatos būklės būtų informuojami artimieji mano nurodytais kontaktais:</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>(Asmens vardas, pavardė)</p> <p>(parašas)</p>



## ASMENS SAVISAUGOS PLANAS

Asmens vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Savisaugos plano užpildymo data: \_\_\_\_\_

### 1. Tolesnės pagalbos planas:

1.1.

---

1.2.

---

1.3.

---

### 2. Įspėjamieji mano savižudybės krizės ženklai (mintys, vaizdiniai, nuotaika, situacijos, elgesys):

2.1.

---

2.2.

---

2.3.

---

### 3. Mano saugumo planas siekiant išvengti savižudybės krizės:

3.1. Ką darysiu, kad ištvėrčiau sunkų periodą?

3.1.1. \_\_\_\_\_

3.1.2. \_\_\_\_\_

3.1.3. \_\_\_\_\_

# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

3.2. Artimieji, kurie man gali padėti:

3.2.1.	Vardas,	Tel.	pavardė,	ryšys
<hr/>				
3.2.2.	Vardas,	Tel.	pavardė,	ryšys
<hr/>				
3.2.3.	Vardas,	Tel.	pavardė,	ryšys
<hr/>				

3.3. Kur galiu kreiptis:

3.3.1. Telefoninės pagalbos linijos tel. \_\_\_\_\_

3.3.2. Mano psichikos sveikatos centras (skubi/nemokama pagalba) \_\_\_\_\_

3.3.3. Skubiosios medicinos pagalbos skyrius \_\_\_\_\_

3.3.4. Gydytojas \_\_\_\_\_

3.3.5. Greitoji medicinos pagalba \_\_\_\_\_

**4. Kaip pasirūpinti aplinkos saugumu (pašalinti galimas savižudybės priemonės ir kt.):**

---

---

**5. Dėl ko man verta gyventi:**

---

Asmuo (parašas): \_\_\_\_\_

Specialistas (vardas, pavardė, parašas): \_\_\_\_\_

### *Edinburgo Pogimdyminės Depresijos skalė*

Gerbiama ponija,

mes norėtume sužinoti, kaip Jūs jaučiatės. **PABRAUKITE** atsakymą, kuris artimiausias Jūsų sveikatai per pastarąsias **SEPTYNIAS DIENAS** (neapsiribokite savijauta šiandien). Čia pateikiamas pavyzdys, kaip reikia pildyti:

Aš jaučiuosi linksma:

- Taip, visą laiką
- Taip, didžiąją laiko dalį
- Ne, nelabai dažnai
- Ne, visiškai ne

#### **Aš galėdavau juoktis ir matyti linksmas gyvenimo puses**

- Taip kaip visada
- Dabar kiek mažiau
- Dabar žymiai mažiau
- Visiškai ne

#### **Aš žvelgiu į ateitį su džiaugsmu**

- Taip kaip visada
- Kiek mažiau nei įprastai
- Žymiai mažiau nei įprastai
- Visiškai ne

#### **Aš be reikalo kaltindavau save, jeigu nepasisekdavo**

- Dažniausiai
- Kartais
- Retai
- Niekada

#### **Aš jausdavausi be priežasties nerami ir susirūpinusi**

- Visiškai ne
- Labai retai
- Taip, kartais
- Taip, labai dažnai

#### **Aš be rimtos priežasties jausdavausi išsigandusi ar apimta panikos**

- Taip, gana dažnai
- Taip, kartais
- Ne itin dažnai
- Visiškai ne

#### **6. Aš negalėdavau išspręsti kylančių problemų**

- Taip, didžiąją laiko dalį aš visiškai nepajėgdavau jų išspręsti
- Taip, kartais aš nepajėgdavau jų išspręsti taip sėkmingai kaip įprastai
- Ne, dažniausiai aš susitvarkydavau
- Ne, aš susitvarkydavau kaip visada

#### **7. Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad pradėjau blogai miegoti**

- Taip, dažniausiai
- Kartais
- Gana retai
- Visiškai ne

#### **8. Aš jausdavausi liūdna ar apgailėtina**

- Taip, dažniausiai
- Kartais
- Gana retai
- Visiškai ne

#### **9. Aš jausdavausi tokia nelaiminga, kad net verkdavau**

- Taip, dažniausiai
- Kartais
- Gana retai
- Niekada

#### **10. Man kildavo minčių save žaloti**

- Gana dažnai
- Kartais
- Labai retai
- Niekada

## **Edinburgo Depresijos skalės balų skaičiavimo raktas:**

Skalė yra labiausiai tinkama naudoti nėštumo metu bei per pirmąsias 6-8 savaites po gimdymo. Atsakymams priskiriami balai 0, 1, 2 ir 3, kas rodo simptomų sunkumą. Klausimų Nr. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 atsakymai koduojami atvirkščiai (t.y. 3, 2, 1, 0). Bendra balų suma skaičiuojama sumuojant visų 10 klausimų balus.

- Jei surinkote viso 12 balų ir daugiau, kreipkitės pagalbos ar papildomos konsultacijos į specialistus.
- Jei kildavo minčių žaloti save ar kūdikį, nedelsiant kreipkitės pagalbos į specialistus, nepriklausomai nuo surinktų balų sumos.

*Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edin-burgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.*

## PACIENTO SVEIKATOS KLAUSIMYNAS-9 ( PHQ-9 )

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų? (Norėdami pažymėti savo atsakymą naudokite „√“)	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusė iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	0	1	2	3
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	0	1	2	3
3. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas	0	1	2	3
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	0	1	2	3
5. Prastas apetitas arba persivalgymas	0	1	2	3
6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuyvylėte save ar savo šeimą	0	1	2	3
7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	0	1	2	3
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta	0	1	2	3
9. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą kokiu nors būdu	0	1	2	3

Bendra balų suma =

**Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?**

Visai  
neapsunkino

Šiek tiek  
apsunkino

Labai  
apsunkino

Ypač  
apsunkino

## PSO (5) GEROS SAVIJAUTOS VERTINIMO APKLAUSOS FORMA

Siekiant įvertinti Jūsų psichologinę būseną, prašome užpildyti toliau pateikiamą klausimyną.

Apklauskos formą pildyti: SUTINKU / NESUTINKU

(nereikalingą pasirinkimą išbraukti)

1. Vardas, pavardė \_\_\_\_\_
2. Jūs esate: Vyras  Moteris
3. Jūsų amžius (įrašykite): \_\_\_\_\_ metų.
4. Išgyvenami sunkumai: \_\_\_\_\_

5. Prašome pažymėti prie kiekvieno iš penkių teiginių geriausiai Jums tinkantį atsakymą apie tai, kaip jūs jautėtės per pastarąsias dvi savaites. Atkreipkite dėmesį, kad didesnis skaičius žymi geresnę savijautą.

Pavyzdys: jei jautėtės linksmi ir pakilios nuotaikos daugiau nei pusę laiko per paskutiniąsias dvi savaites, pažymėkite langelį, kurio dešiniajame viršutiniame kampe yra skaičius 3.

Per pastarąsias dvi	Visą	Beveik	Daugiau nei	Mažiau nei	Kartais	Niekada
savaites:	laiką	visą laiką	pusę to laiko	pusę to laiko		
1. Jaučiausi linksmas (-a) ir pakilios nuotaikos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2. Jaučiausi ramus (-i) ir atsipalaidavęs (-usi)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3. Jaučiausi aktyvus (-i) ir energingas (-a)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4. Atsibudus jaučiausi žvalus (-i) ir pailsėjęs (-usi)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5. Mano kasdieniame gyvenime buvo daug mane dominančių dalykų	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Užpildyto PSO (5) klausimyno balai susumuojami ir dauginami iš 4, gaunamas indeksas nuo 0 iki 100:

\_\_\_\_\_  
(pildo Specialistas)

## Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė -7 (GAD-7)

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo šios problemos? (Norėdami pažymėti savo atsakymą naudokite „✓“)	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusę iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	0	1	2	3
2. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	0	1	2	3
3. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	0	1	2	3
4. Sunkumas atsipalaiduoti	0	1	2	3
5. Buvimas tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti	0	1	2	3
6. Greitas susierzinimas ar dirglumas	0	1	2	3
7. Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus	0	1	2	3

Bendras balas \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės-7 raktas:

Suminiai balai – 5, 10 ir 15 yra atitinkamai vertinami kaip lengvi, vidutinio sunkumo ir sunkūs nerimo simptomai. Šią priemonę gali savarankiškai pildyti pati moteria ir šios skalės pildymo trukmė įprastai yra mažiau nei 5 minutės. Taip pat tai gali būti atliekama specialisto interviu metodu.

**Psichologinio atsparumo skalė**

Wagnild & Young, 1993

*Instukcija: Naudodami septynių balų skalę, įvertinkite, kiek sutinkate su žemiau pateiktais teiginiais. Atsakant rekomenduojame remtis savo realia patirtimi, o ne tuo, kaip jūsų manymu, turėtų būti. Kiekvieną teiginį įvertinkite atskirai.*

1
2
3
4
5
6
7  
 Visiškai nesutinku Visiškai sutinku

1. Kai ką nors suplanuoju, įgyvendinu tai.	1	2	3	4	5	6	7
2. Dažniausiai kaip nors vis tiek susitvarkau.	1	2	3	4	5	6	7
3. Susitvarkau su savimi geriau, negu kiti žmonės.	1	2	3	4	5	6	7
4. Man svarbu nuolat kažkuo domėtis.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jeigu reikia, galiu būti viena(s).	1	2	3	4	5	6	7
6. Didžiuojuosi tuo, ką gyvenime esu pasiekęs (usi).	1	2	3	4	5	6	7
7. Paprastai filosofiškai žiūriu ir į sėkmes, ir į nesėkmes.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sutariu su savimi.	1	2	3	4	5	6	7
9. Jaučiu, kad galiu susitvarkyti su daug dalykų vienu metu.	1	2	3	4	5	6	7
10. Esu ryžtinga(s).	1	2	3	4	5	6	7
11. Retai galvoju apie tai, kokia visa ko prasmė.	1	2	3	4	5	6	7
12. Gyvenu orientuodamasi(s) į tai, ką galiu padaryti šiandien.	1	2	3	4	5	6	7
13. Galiu įveikti sunkumus, nes esu jų patyręs (usi) anksčiau.	1	2	3	4	5	6	7
14. Aš turiu savidisciplinos.	1	2	3	4	5	6	7
15. Išlaikau susidomėjimą tuo, ką darau.	1	2	3	4	5	6	7
16. Paprastai randu iš ko pasijuokti.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tikėjimas savimi padeda man išgyventi sunkius laikotarpius.	1	2	3	4	5	6	7



# “Pogimdyminė depresija: atpažinimas ir pagalbos teikimas“

18. Nelaimių atveju paprastai esu tas, kuriuo kiti gali pasikliauti.	1	2	3	4	5	6	7
19. Paprastai galiu pažvelgti į situaciją iš įvairių pusių.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kartais prisiverčiu kažką atlikti nepriklausomai nuo to, ar noriu to, ar ne.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mano gyvenimas turi prasmę.	1	2	3	4	5	6	7
22. Daug negalvoju apie dalykus, kurių negaliu pakeisti.	1	2	3	4	5	6	7
23. Paprastai galiu rasti išeitį iš sunkios situacijos.	1	2	3	4	5	6	7
24. Turiu pakankamai energijos, kad atlikčiau tai, ko reikia.	1	2	3	4	5	6	7
25. Nieko tokio, jeigu kažkam nepatinku.	1	2	3	4	5	6	7

## Raktas:

Visus pažymėtus balus susumuokite.

*Kaip interpretuoti gautą rezultatą:*

25-100 balų – labai žemas atsparumas

101-115 balų – žemas atsparumas

116-130 balų – gana žemas atsparumas

131-145 balai - vidutinis atsparumas

146-160 balų – gana aukštas atsparumas

161-175 balai – labai aukštas atsparumas