

ПРИРАЧНИК ЗА ПЕРИНАТАЛНО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ЗА ПСИХОЛОЗИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИ

France 

PEAK-OP
истражување во акција



ПРИРАЧНИК:

за перинатално
ментално здравје
за психолози и
психотерапевти

France 

PEAK-OP
истражување во акција



Наслов: Прирачник за перинатално ментално здравје за психолози
и психотерапевти

Издавач: Реактор - Истражување во акција

За издавачот: Тања Иванова

Автори: Ана Бојчевска Митревска, Ирена Жунгулова,
Сузана Арсовска Митревска

Скопје, 2026

Бесплатен/Некомерцијален тираж

Ова истражување е дел од проектот „Соработка во областа на
здравството со Северна Македонија“, финансиран од Француското
Министерство за Европа и надворешни работи.

1. ВОВЕД

По породувањето, целото внимание се насочува кон бебето.

Но, кој се грижи за мајката?



Перинаталниот период најчесто се однесува на периодот од бременоста до една година по породувањето, иако некои автори оваа транзиција ја разгледуваат и пошироко, сè до втората година од животот на детето. Во овој период се појавуваат хормонални, психолошки, биолошки и социјални промени кои може да влијаат врз менталното здравје на мајките. Поради овие промени, перинаталниот период претставува фаза на зголемена психолошка ранливост, во која може да се појават различни состојби поврзани со менталното здравје, вклучувајќи перинатална депресија, анксиозност, опсесивно-компулсивно нарушување и постпородилна психоза.

Перинаталните нарушувања на менталното здравје (ПНМЗ) опфаќаат низа психолошки состојби што можат да се појават за време на бременоста и до една година по породувањето (а во некои случаи и понатаму). Овие состојби се карактеризираат со комплексна интеракција на хормонални промени, психолошка ранливост и социјални стресори. Тие често се јавуваат заедно и може да се манифестираат атипично, честопати маскирани од нормативни очекувања за мајчинството и општествена стигма.

Иако овие состојби се чести и излечиви, тие често остануваат недоволно препознаени поради стигма, нормализација на симптомите и недостаток на систематски скрининг.

Една од најчестите состојби е перинаталната депресија. Овие депресивни епизоди може да траат од 4 недели до повеќе од 6 месеци и можат да се повторуваат. Иако постпородилната депресија добива поголемо внимание, депресија може да се јави и кај жените во пренаталниот период. Пренаталната депресија може да остане непрепознаена, бидејќи нејзините симптоми честопати се препишуваат на непријатноста и емоционалното прилагодување поврзани со бременоста.

Во литературата постојат различни податоци за инциденцата на перинаталната депресија. Некои истражувања покажуваат дека перинаталната депресија погодува една од седум мајки во перинаталниот период (Moore Simas, Whelan, & Wyatt, 2023), додека други студии ја проценуваат преваленцијата на дури една од пет мајки (Gelaye et al., 2016). Дополнителни извори укажуваат дека тешка депресија во постпородилниот период може да се појави кај 8%–15% од сите нови мајки (Clark, Tluczek, & Wenzel, 2003).

Тешко е да се утврди конзистентна стапка на преваленција бидејќи перинаталната депресија често останува непрепознаена, непријавена и нелекувана.

Истражувањата укажуваат дека повеќе од 75% од мајките кои имаат позитивен наод на скрининг инструментот за перинатална депресија не добиваат третман (Moore Simas et al., 2023). Овие бројки варираат во зависност од социоекономскиот статус на мајките. Инциденцијата на постпартална и препартална депресија е повисока во земјите со пониски и средни приходи, зафаќајќи приближно 20% од жените во овие земји, во споредба со 10% во земјите со високи приходи (Gelaye et al., 2016)

2. ЧЕТИРИ ДИМЕНЗИИ НА МАЈЧИНСКОТО ИСКУСТВО

Мајчинството често се прикажува ако природен, инстинктивен и исполнувачки процес.

Сепак, за многу жени, транзицијата кон мајчинство претставува една од најдлабоките психолошки и егзистенцијални промени во животот.



Перинаталниот период не подразбира само адаптација кон нови практични улоги и одговорности, туку и промени во односот кон сопственото тело, идентитет, односите со блиските и разбирањето на себеси.

Во книгата *The Existential Crisis of Motherhood*, Арнолд-Бејкер го опишува мајчинството како искуство кое се одвива низ повеќе меѓусебно поврзани димензии. Овој пристап помага да се разбере зошто перинаталниот период може истовремено да биде период на поврзаност, раст и значење, но и период на ранливост, дезориентација и психолошка криза. Разбирањето на овие димензии е особено важно за професионалците кои работат со мајки, бидејќи многу од емоциите што жените ги доживуваат не се нужно знак на психопатологија, туку дел од комплексниот процес на адаптација кон нова животна улога.

2.1. Физичка димензија

Мајчинството започнува како интензивно телесно искуство. Бременоста, породувањето и постпородилното закрепнување носат значителни промени во телото и во начинот на кој жената се доживува себеси. Телото станува централно место на искуството: тоа носи, храни, раѓа, дои и се грижи за друго човечко суштество.

Овие промени можат да бидат доживевани како моќни и трансформативни, но истовремено и како извор на ранливост. Болката, исцрпеноста, недостатокот на сон, хормоналните промени и физичкото закрепнување можат значително да влијаат врз емоционалната регулација и психолошката стабилност. Дел од жените опишуваат чувство дека нивното тело повеќе „не им припаѓа“, особено кога станува збор за потенцијални медицински интервенции за време на породувањето, но се јавува и во контекст на доење и потребата за постојана физичка достапност за бебето.

Во многу општества, вклучително и нашето, телесното искуство на мајките останува минимизирано или романтизирано. Од жените често се очекува брзо физичко и емоционално „враќање во нормала“, без доволно простор за процесирање на промените и загубите што може да ги носи оваа транзиција. Ова може да придонесе кон чувство на отуѓеност, вина или неуспех кога реалното искуство не се совпаѓа со општествените очекувања.

2.2. Релациона димензија

Перинаталниот период подразбира длабока промена во односите со другите луѓе. Мајчинството не се случува во изолација, туку во релациски контекст кој може да биде извор и на поддршка и на дополнителен стрес.

Односот со партнерот често се менува под влијание на новите одговорности, недостатокот на сон, промените во интимноста и потребата од реорганизација на секојдневниот живот. Истовремено, жените можат да доживеат промени во односите со сопствените родители, пријатели или поширокото семејство, особено кога постојат различни очекувања околу родителството и грижата за детето.

Особено значајна е и релацијата со бебето. Иако општествените наративи често го претставуваат мајчинското поврзување како моментално и инстинктивно, во реалноста врзувањето може да биде постепен, комплексен и понекогаш амбивалентен процес. Некои мајки чувствуваат интензивна поврзаност веднаш, додека други доживуваат дистанца, емоционално отапување, страв или несигурност. Овие искуства често остануваат неискжани поради страв од осуда или од етикетирање како „лоша мајка“.

Дополнително, многу жени во постпородилниот период доживуваат интензивна осаменост. Иако постојано се физички со бебето, тие може да се чувствуваат емоционално невидливи, непрепознаени или напуштени во сопствените потреби. Недостатокот на емоционална и практична поддршка претставува значаен фактор на ризик за развој на перинатални ментални нарушувања.

2.3. Идентитетска димензија

8

Прирачник за перинатално ментално здравје за психолози и психотерапевти

Една од најдлабоките промени во перинаталниот период е промената во доживувањето на сопствениот идентитет. Станувањето мајка често бара реконструкција на начинот на кој жената се гледа себеси, своите улоги, приоритети и односи со светот.

Многу жени доживуваат внатрешен конфликт помеѓу различните аспекти на својот идентитет — професионален, партнерски, сексуален, креативен, социјален — и новата улога на мајка.



Прашањата како: **Која сум јас сега?** „Што остана од личноста што бев претходно?“ „Дали имам право на сопствени потреби?“ Стануваат централни во овој период.

Истовремено, општествените очекувања често ја идеализираат мајчинската пожртвуваност и ја претставуваат „добрата мајка“ како личност која секогаш е достапна, трпелива и исполнета од мајчинството. Кога реалното искуство вклучува амбивалентност, лутина, тага, желба за дистанца или чувство на загуба на претходниот живот, многу жени доживуваат интензивен срам и самообвинување.

Оваа идентитетска реорганизација не е линеарен процес. За некои жени, мајчинството може да отвори ново чувство на значење и поврзаност со себе, додека за други може привремено да создаде чувство на дезориентација и губење на сопственото „јас“.

2.4. Егзистенцијална димензија

Покрај физичките, релационите и идентитетските промени, мајчинството често отвора и подлабоки егзистенцијални прашања. Перинаталниот период може да ја зголеми свесноста за ранливоста, зависноста, одговорноста и конечноста на животот.

Раѓањето на дете често носи нова свесност за сопствената смртност и за можноста за загуба. Некои жени развиваат интензивни стравови поврзани со безбедноста на бебето, со сопственото здравје или со идејата дека сега постои друго човечко суштество кое целосно зависи од нив. Овие искуства можат да бидат проследени со чувство на огромна одговорност, но и со егзистенцијална анксиозност.

Истовремено, мајчинството може да отвори прашања поврзани со смислата, слободата, жртвата и сопствените животни избори. Дел од жените доживуваат длабоко чувство на исполнетост и трансформација, додека други се соочуваат со чувство на празнина, изолација или губење на претходната структура на животот.

Во општество кое мајчинството претежно го прикажува како исклучиво радосно искуство, овие егзистенцијални аспекти често остануваат препознати. Сепак, нивното разбирање е клучно за психолошката поддршка на мајките, бидејќи многу форми на перинатална вознемиреност се поврзани токму со оваа длабока внатрешна реорганизација на животот и себеси.



3. НАРУШУВАЊА НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИНАТАЛЕН ПЕРИОД

Подолу се наведени
разните форми на
нарушувања на
менталното здравје во
перинаталниот период,
заедно со симптомите
што ги придружуваат
и ризик факторите што
придонесуваат за нивен
развој.



3.1. Перинатална депресија

Перинаталната депресија претставува една од најчестите форми на психолошка вознемиреност во перинаталниот период и може да се појави и за време на бременоста и по породувањето. Често не се доживува само како промена во расположението, туку и како длабоко чувство на отуѓеност, недоволност и губење на претходното чувство за себе. Се карактеризира со постојано ниско расположение, емоционално затупување и нарушено функционирање.

Клиничка презентација:

- ≡ Постојана тага и плачење
- ≡ Губење интерес или задоволство (анхедонија)
- ≡ Замор и ниска енергија
- ≡ Нарушувања на спиењето и апетитот
- ≡ Чувства на вина, безвредност или недоволност како мајка
- ≡ Когнитивни потешкотии (слаба концентрација, неодлучност)
- ≡ Социјално повлекување
- ≡ Повторувачки мисли за смрт или самоубиство

Во перинаталниот контекст, симптомите на депресија често се испреплетени со грижи за мајчинскиот идентитет, вклучувајќи перцепиран неуспех, одвоеност од бебето или неспособност да се исполнат внатрешните очекувања за грижа.

Важно да се земе предвид:

- ≡ Депресијата може да започне за време на бременоста или во било кој момент од првата постпородилна година
- ≡ Често се јавува заедно со анксиозни нарушувања (пријавени во до две третини од случаите)
- ≡ Може да се толкува погрешно како „нормално прилагодување“ или „бејби блус“, и тоа толкување може да го одложи пружањето психолошка помош

3.2. Перинатална анксиозност

Перинаталната анксиозност често е недоволно препознаена и покрај тоа што е исто толку честа како и депресијата. Може да се манифестира како генерализирана анксиозност, панично нарушување или здравствени стравови.

Клиничка презентација:

- ≡ Прекумерна, упорна грижа (често за здравјето или безбедноста на бебето)
- ≡ Немир и раздразливост
- ≡ Несоница
- ≡ Соматски симптоми (вртоглавица, отежнато дишење, палпитации)
- ≡ Панични напади
- ≡ Страв од губење контрола или од иминентна штета

Иако одредено ниво на грижа е очекувано во транзицијата кон родителство, кај перинаталната анксиозност стравот станува постојан, преплавувачки и тешко контролабилен.

Важно да се земе предвид:

- ≡ Анксиозноста за време на бременоста често се отфрла како нормален аспект на бременоста, што придонесува за ретко дијагностицирање
- ≡ Може да се појави без очигледни депресивни симптоми
- ≡ Силно поврзано со хипервигилност и прекумерно заштитнички однесувања

3.3. Перинатално посттрауматско стресно нарушување (ПТСН)

Перинаталното ПТСН се јавува по трауматско породилно искуство, компликации од бременост или претходна траума реактивирана од перинаталниот контекст.

Клиничка презентација:

- ≡ Повторно преживување (интрузивни сеќавања, флешбекови, кошмари)

- ≡ Избегнување (на медицински услови, даватели на услуги или потсетници на породилното искуство)
- ≡ Хипервозбуда (раздразливост, зголемена реакција на страв)
- ≡ Емоционално отапување или исклучување (детачмент)

Жените можат да пријават:

- ≡ Постојано размислување (руминации) за искуството на породувањето што не може да се контролира
- ≡ Емоционално преплавување при присетување на настани
- ≡ Повлекување од контакт со партнерот или со бебето

ПТСН е субјективно — дали нешто ќе биде доживеано како трауматично или не зависи од искуството на поединецот со случката!

Важно да се земе предвид:

- ≡ Разликувањето на ПТСН од генерализираната анксиозност е клучно: ПТСН е поврзано со конкретен трауматичен настан, додека анксиозноста е дифузирана вознемиреност
- ≡ Породилната траума и трауматичното губење на бременоста значително ја зголемуваат ранливоста и подложноста
- ≡ Може да го наруши врзувањето со бебето и да ги зголеми шансите за избегнување на идни бремености

13

Прирачник за перинатално ментално здравје за психолози и психотерапевти

3.4. Перинатално опсесивно-компулсивно нарушување (ОКН)

Перинаталното ОКН се карактеризира со интрузивни, несакани мисли (опсесии) и компулсивни однесувања насочени кон намалување на стресот.

Клиничка презентација:

- ≡ Повторувачки интрузивни мисли за работи што може да му се случат на бебето
- ≡ Интензивна вознемиреност и вина поврзани со овие мисли
- ≡ Препознавање на ирационалноста на мислите (его-дистонични)

- ≡ Компулсивно проверување, избегнување или ритуални однесувања
- ≡ Хипервигилност во однос на безбедноста на бебето

Важно да се земе предвид:

- ≡ Клучна разлика од психозата: мајката е ужасната од мислите и нема желба да дејствува според нив
- ≡ Често погрешно се толкува како ризично по добросостојбата на мајката и бебето, што води до непотребен аларм
- ≡ Поврзана со зголемена одговорност и страв од неуспех

3.5. Биполарно нарушување во перинаталниот период

Биполарното нарушување може да се појави за првпат во постпородилниот период или како рецидив кај жени со претходно постоечки дијагнози.

Клиничка презентација:

Клиничките карактеристики вклучуваат наизменични епизоди на:

- ≡ **Депресија** (како што е опишана погоре)
- ≡ **Манија или хипоманија**, карактеризирана со:
 - » Покачено или раздражливо расположение
 - » Зголемена енергија и активност
 - » Намалена потреба за сон
 - » Брзи мисли и притиснат говор
 - » Импулсивно и ризично однесување
 - » Чувство на грандиозност или зголемена самодоверба
 - » Во тешки случаи, психотични карактеристики

Важно да се земе предвид:

- ≡ Кај дел од жените, првите симптоми се појавуваат токму во постпородилниот период.
- ≡ Често погрешно дијагностицирано како униполарна депресија, што води до несоодветен третман
- ≡ Несоодветниот третман може дополнително да ја дестабилизира клиничката слика.
- ≡ Висок ризик од рецидив ако лековите се прекинат за време на бременоста
- ≡ Особено внимание треба да се обрне на изразени промени во расположението, намалена потреба за сон и симптоми кои не реагираат на стандарден третман.

3.6. Постпородилна психоза

Постпородилната психоза е ретка, но сериозна психијатриска итна состојба, која се јавува приближно 1–2 на 1.000 раѓања.

Клиничка презентација:

Обично има брз почеток во првите две недели по породувањето и се карактеризира со:

- ≡ Заблуди (често поврзани со бебето)
- ≡ Халуцинации
- ≡ Тешка конфузија или дезориентација
- ≡ Брзи промени на расположението
- ≡ Несоница
- ≡ Дезорганизирано однесување

Делузивната содржина може да вклучува верувања дека бебето е зло, опседнато или во опасност или дека може да му е подобро ако е мртво.

Важно да се земе предвид:

- ≡ Висок ризик од самоубиство и инфантицид
- ≡ Потребна е итна психијатриска интервенција и често хоспитализација
- ≡ Силно поврзано со биполарно растројство
- ≡ Симптомите може брзо да варираат

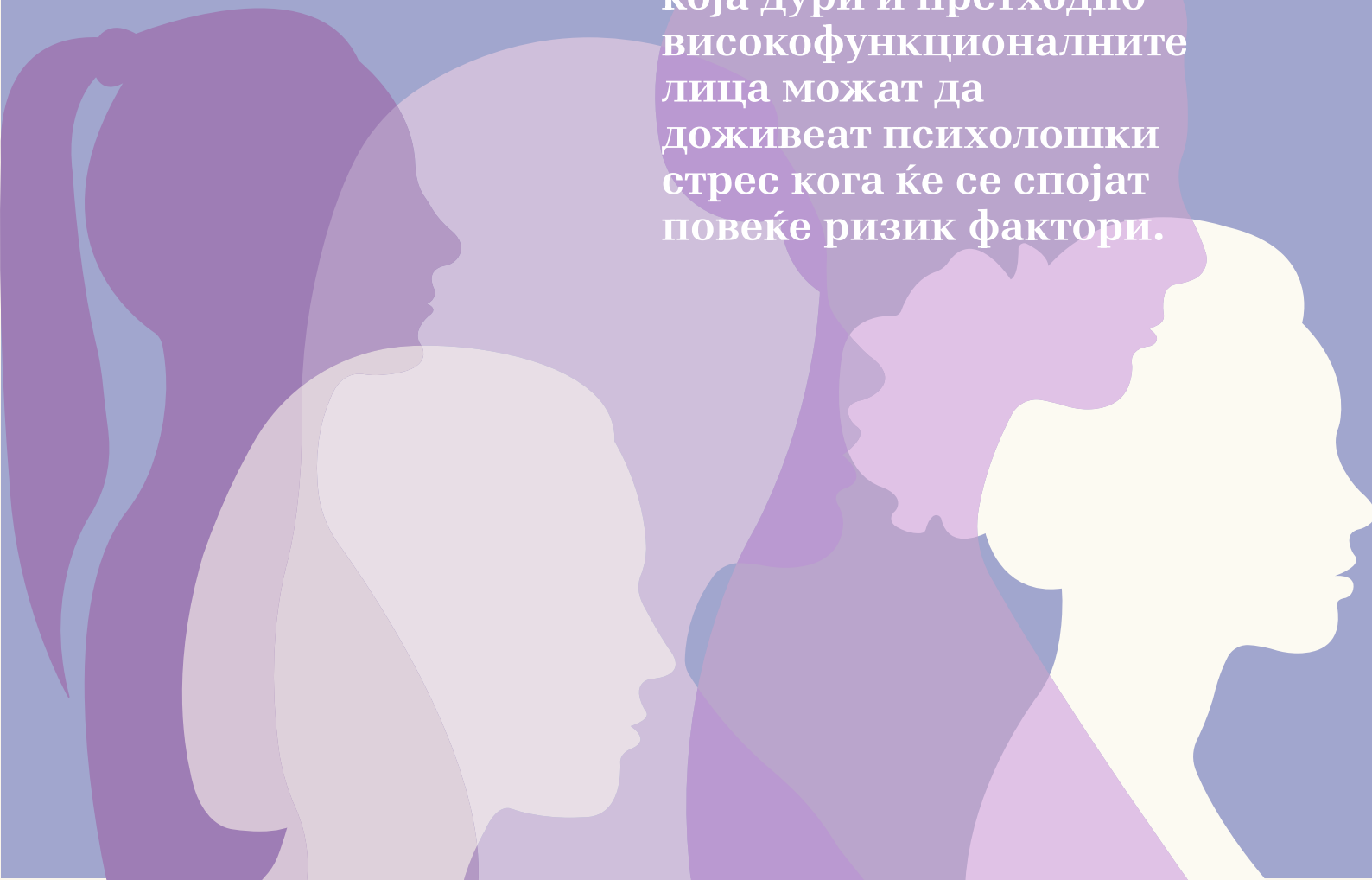
За разлика од опсесивно-компулсивното нарушување:

- ≡ Мислите за штета може да бидат его-синтонични (перципирани како рационални)
- ≡ Мајката не чувствува анксиозност дека ќе се однесува според мислите за штета, туку покажува разбирање на мислите
- ≡ Присуството на заблуди значително го зголемува ризикот

4. РИЗИК ФАКТОРИ

Перинаталните ментални нарушувања ретко произлегуваат од само една причина. Напротив, тие се развиваат преку динамична интеракција на биолошка ранливост, психолошка историја и социјален контекст, често акумулирани низ времето.

Перинаталниот период претставува фаза на зголемена чувствителност, во која дури и претходно високофункционалните лица можат да доживеат психолошки стрес кога ќе се спојат повеќе ризик фактори.



4.1. Психолошка ранливост

Психолошката историја на жената е еден од најсилните предиктори за перинаталните ментални здравствени исходи. Жените со претходна историја на депресија, анксиозност, биполарно растројство или опсесивно-компулсивно нарушување имаат значително зголемен ризик од рецидив во перинаталниот период. Овој ризик дополнително се зголемува кај оние кои претходно имале перинатално ментално нарушување.

Одредени карактерни особини и когнитивни стилови исто така придонесуваат за ранливост. Перфекционизмот, високите очекувања за себе и силниот внатрешен идеал за мајчинство можат да ги засилат чувствата на недоволност кога реалноста не се совпаѓа со очекувањата. Ограничените или неадаптивни стратегии за справување можат да ја намалат отпорноста на стрес, и да ја зголемат веројатноста за психолошки нарушувања.

4.2. Социјален и еколошки контекст

Социјалната средина во која се одвива бременоста и раното родителство игра клучна улога во менталното здравје. Недостатокот на социјална поддршка, без разлика дали е емоционална, практична или релациона, е еден од најконзистентно идентификуваните фактори на ризик. Предизвиците во врската, вклучувајќи конфликт со партнер или недостаток на вклученост од другиот родител, можат дополнително да го зголемат стресот.

Пошироки структурни фактори, како финансиска сиромаштија, невработеност или несигурна вработеност, можат да ја зголемат анксиозноста и да го намалат пристапот до здравствена заштита. Изложеноста на насилство, вклучувајќи насилство од интимен партнер, претставува особено сериозен ризик фактор. Социјалната изолација, која може да се интензивира од миграција, урбан живот или од стигма поврзана со ментално здравје, може да остави поединци без соодветна поддршка во многу напорен период.

Културолошките уверувања и норми исто така го обликуваат начинот на кој се доживува и изразува вознемиреноста. Стигмата околу менталното здравје и мајчинството, како и пречките за пристап до грижа, може да го одложат барањето на помош и да придонесат кон влошување на симптомите.

4.3. Репродуктивни и перинатални искуства

Специфични искуства поврзани со бременост, породување и рано родителство можат значително да влијаат на исходите за менталното здравје. Компликациите за време на бременост или породување, вклучувајќи медицински итни случаи или перцепирана загуба на контрола, можат да ја зголемат ранливоста и на депресија и на нарушувања поврзани со траума.

Трауматичното породилно искуство, без разлика дали е медицински дефинирано како трауматично или траумата е предмет на субјективна перцепција, може да има трајни психолошки ефекти. Слично, искуствата на губење на бременост, мртвороденство или неонатални компликации се поврзани со зголемен ризик од депресија, анксиозност и ПТСН.

Постпородилните предизвици, како потешкотии со доењето или неисполнети очекувања во врска со грижата за новороденчињата, дополнително можат да придонесат за вознемиреност. Брзите хормонални промени, особено оние поврзани со одвикувањето од доење, исто така можат да предизвикаат или влошат симптоми на расположение кај жени кои се веќе психолошки ранливи.

4.4. Биолошка ранливост

Биолошките фактори играат централна улога во обликувањето на подложноста кон перинатални ментални здравствени потешкотии. Генетската предиспозиција за нарушувања на расположението или анксиозност, комбинирана со зголемена чувствителност на хормонални флукуации, може значително да го зголеми ризикот. Брзите ендокрини промени поврзани со бременоста, породувањето и постпородилниот период (особено промените во естроген и прогестерон) можат да ја дестабилизираат регулацијата на расположението кај ранливите лица.

18

Прирачник за
перинатално
ментално
здравје за
психолози и
психотерапевти

Дополнително, основни медицински состојби, како дисфункција на тироидната жлезда или анемија, можат да ги влошат психолошките симптоми или да имитираат психијатриски презентации и на тој начин да ја комплицираат дијагнозата. Нарушувањето на спиењето, кое е речиси универзално во постпородилниот период, дополнително придонесува за емоционална дисрегулација и може да делува како тригер и фактор за одржување на менталните здравствени нарушувања.

4.5. Психијатриски специфични ризик фактори

Одредени психијатриски профили даваат особено висок ризик во перинаталниот период. Историјата на биполарно нарушување е еден од најзначајните предиктори на тешки перинатални ментални заболувања, со голема веројатност за рецидив за време на бременоста или по породувањето, особено ако се прекине фармаколошкиот третман.

Семејната историја на постпородилна психоза исто така го зголемува ризикот, што укажува на генетска и биолошка компонента. Прекинувањето на психијатриските лекови за време на бременоста, често поради загриженост за безбедноста на фетусот, може да ги остави жените незаштитени од рецидив.

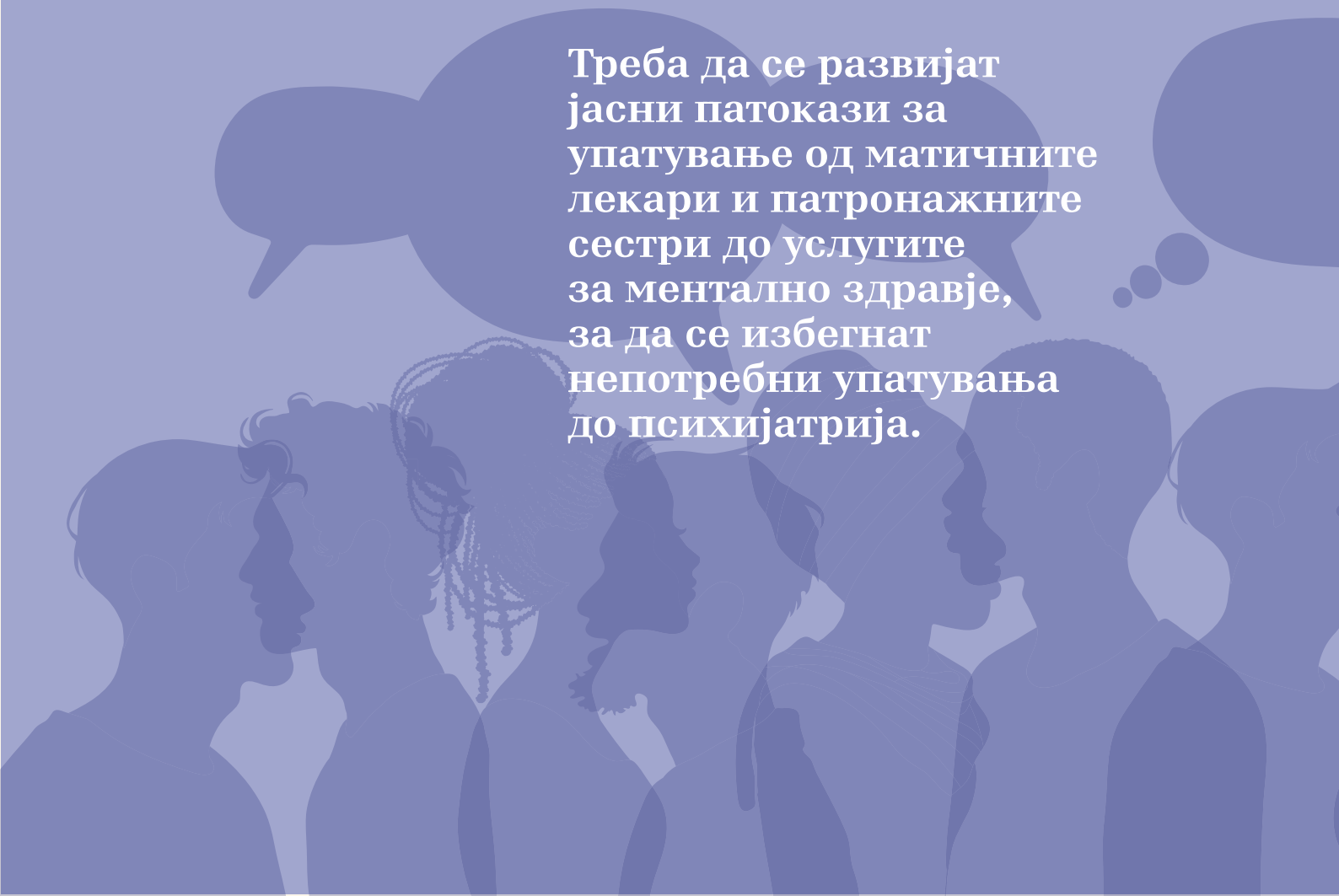
Конечно, историјата на претходни перинатални ментални нарушувања останува еден од најсилните предиктори на повторување, нагласувајќи ја важноста на раната идентификација и превентивна грижа во следните бремености.



5. СКРИНИНГ

Скринингот за менталното здравје на мајките треба да стане стандарден дел од антенаталната и постнаталната грижа. Скринингот треба да ги вклучува мајките и, каде е можно, партнерите, да се повторува во клучните перинатални фази и да биде поврзан со јасни механизми за упатување за да се обезбеди навремена грижа.

Треба да се развијат јасни патокази за упатување од матичните лекари и патронажните сестри до услугите за ментално здравје, за да се избегнат непотребни упатувања до психијатрија.



Во студијата на Џемели и соработниците (2006), искуствата на жените со програмите за скрининг на перинаталното ментално здравје укажуваат на високо ниво на прифатливост: од 472 испитанички, само 18,8% пријавиле одредена непријатност, додека 97% го препознале скринингот како корисна и оправдана практика. Овие наоди сугерираат дека систематскиот скрининг има силна основа за поширока имплементација во здравствените системи.

Сепак, доказите не се еднозначни. Квалитативно истражување од Обединетото Кралство покажува дека 46% од жените изразиле ниска прифатливост на скринингот за депресија (Shakespeare, Blake, & Garcia, 2003). Причините најчесто се поврзани со клиничката средина и начинот на спроведување, особено недоволната сензитивност на здравствените работници. Дел од жените јасно преферираат разговорен пристап наместо формализирани прашалници. Ова укажува дека прифатливоста не зависи само од самата алатка, туку и од контекстот и квалитетот на интеракцијата.

Оттука, за ефективна имплементација на скринингот, клучно е да се инвестира во обука на здравствените работници, која ќе вклучува не само техничка примена на инструментите, туку и развој на комуникациски и емпатиски вештини. Дополнително, неопходни се механизми за континуиран надзор и осигурување на квалитет, со цел да се обезбеди усогласеност со добрите практики и да се зголеми довербата кај корисничките.

Во однос на алатките, најшироко користени се „Прашалникот за здравјето на пациентот“ (PHQ-9) и „Единбуршката скрининг-скала за постнатална депресија“ (EPDS). Тие се лесни за администрирање, валидирани на повеќе јазици и погодни за рутинска употреба. Сепак, нивната ефективност зависи од условите во кои се применуваат – особено од тоа дали жените се чувствуваат безбедно и охрабрено да одговараат искрено.



6. КЛИНИЧКИ ПРИСТАП И ТЕРАПЕВТСКИ ПРИНЦИПИ

Ефективната перинатална грижа за менталното здравје бара сеопфатен и одговорен пристап кој ги препознава и клиничката сложеност на симптомите и длабоката развојна транзиција кон родителството.

Наместо да се потпира на една единствена интервенциска точка, грижата треба да биде континуирана, релациона и усогласена со личното искуство на поединецот.

6.1. Рана идентификација

Раната идентификација претставува критична влезна точка за превенција и навремена интервенција. Рутинскиот скрининг за време на бременоста и во текот на постпородилниот период треба да биде вграден во стандардните протоколи на грижа, овозможувајќи откривање и на нови и на постоечки симптоми. Сепак, скринингот сам по себе не е доволен без клиничка сензитивност за тоа како вознемиреноста може да се пројави на различни начини.

Поконкретно, перинаталните ментални здравствени потешкотии не секогаш се манифестираат на јасен или очекуван начин. Емоционалното повлекување, раздразливоста, соматските потешкотии, интрузивните мисли или чувството на одвоеност може да бидат занемарени или нормализирани во контекст на бременост и рано мајчинство. Пристапот фокусиран на личноста бара клиничарите да бидат длабоко внимателни за суптилните промени во емоционалното искуство, самоперцепцијата и релациската ангажираност на мајката, како и да пристапуваат кон секоја презентација со клиничка отвореност, наместо со претходно дефинирани претпоставки.

6.2. Психоедукација

Психоедукацијата, во рамките на хуманистичкиот контекст, не е ограничена само на пренос на информации, туку е дел од поширок процес на враќање на значењето и саморазбирањето. Многу жени се самообвинуваат за сопствените потешкотии. Ова самообвинување често е под влијание на интроспектираните идеали за мајчинството како инстинктивно, радосно и пожртвувано.

Во овој контекст, неопходно е да се создаде простор каде што искуствата можат да се именуваат и разберат без осуда. Терапевтите може да ја нормализираат вознемиреноста додека целосно ја валидираат нејзината длабочина, помагајќи им на поединците да препознаат дека нивните реакции се разбирливи реакции во една побарувачка и ранлива животна фаза. Директното справување со срамот и стигмата е централно, бидејќи тие често делуваат во позадина и го попречуваат изразувањето и поврзувањето. Проширувањето на овој процес на партнери и блиски луѓе може дополнително да го поддржи создавањето средина во која поединецот се чувствува виден, поддржан и помалку осамен.

6.3. Мултидисциплинарна грижа

Перинаталниот период ги обединува физичките, емоционалните и релационите димензии на начин што често бара придонес од повеќе професионалци. Во овој контекст, соработката покрај тоа што подразбира координација, бара и одржување на заедничко разбирање на потребите на лицето кое ја прима грижата.

Работата заедно со акушерски, педијатриски и психијатриски даватели на услуги овозможува поинтегриран одговор, особено кога се присутни медицински фактори или безбедносни ризици. Пристапот фокусиран на личноста бара континуитет и кохерентност, како и сигурност дека субјективното искуство на поединецот нема да се изгуби во фрагментирани системи на грижа. Затоа, комуникацијата меѓу професионалците од различни области треба да остане заснована на почитување на гласот и потребите на поединецот.



6.4. Индивидуализирана и релациона грижа

Перинаталната ментална здравствена грижа мора да биде прилагодена на поединецот, и да земе предвид дека искуството на секоја личност со бременост, породување и рано родителство е обликувано од нивната историја, односи со други луѓе и со нивниот внатрешен свет. Терапевтскиот процес се одликува со квалитет на односот терапевт-клиент, каде емпатијата, автентичноста и неосу-дувачкото присуство создаваат услови за самоистражување и промена.

Наместо да се фокусира само на намалување на симптомите, психолошката грижа подразбира поддршка на поединецот во разбирањето на своето искуство, повторно поврзување со своите способности и навигација низ емоционалната комплексност на станувањето родител. Кон одлуките за дополнителни форми на поддршка, вклучувајќи медицински интервенции, треба да се пристапи заеднички, со фокусирано внимание кон вредностите, потребите и контекстот на мајката.



7. КЛУЧНИ ТЕМИ НА ПСИХОЛОШКА ПОДДРШКА ЗА МАЈКИ ВО ПЕРИНАТАЛНИОТ ПЕРИОД

Мајките добиваат ново бебе и нов начин на живот, но сепак и губат дел од себе, иако загубата првично не е очигледна. Тие исто така може да го изгубат чувството за „старото јас“ и да чувствуваат дека животот никогаш повеќе нема да биде ист.

Парадоксот на мајчинството е во тоа што со добивките има и загуби, не можеме да го имаме едното без другото, тоа се двете страни на паричката при секоја голема промена во идентитетот, транзиција или криза.



7.1. Мојот нов идентитет

Со раѓањето на детето, психолошки „се раѓа“ и мајката. Она што се раѓа во умот и доживувањето на жената е нов идентитет, свесноста дека е мајка, како и процесот на создавање на нов психолошки и емоционален простор за бебето и грижата што е потребна за него.

Односите се флуидни, се менуваат, се ко-создаваат и такво е и личното чувство за идентитет. Доколку гледаме на мајчинството како релација со себеси и со детето, а не како фиксен идентитет, тоа може да помогне кон намалување на општествените норми од очекуваната улога на мајка. Ако мајките се во можност да се оддалечат од размислувањето за мајчинството како инстинкт и мајчинството како „природен“ дел од тоа да се биде жена, тогаш можеме да се свртиме кон идејата дека мајчинството е врска што е ко-создавана и произлегува од индивидуалните искуства. Секоја мајка може да избере како ќе го живее тој идентитет.

Мајките добиваат ново бебе и нов начин на живот, но сепак и губат дел од себе, иако загубата првично не е очигледна. Тие исто така може да го изгубат чувството за „старото јас“ и да чувствуваат дека животот никогаш повеќе нема да биде ист. Парадоксот на мајчинството е во тоа што со добивките има и загуби, не можеме да го имаме едното без другото, тоа се двете страни на паричката при секоја голема промена во идентитетот, транзиција или криза.

Интеграцијата на новиот мајчински идентитет е проследена со преиспитување на приоритетите, вредностите и перцепцијата за себе. Адаптацијата кон новиот идентитет подразбира прифаќање на промените, развивање на нови вештини и воспоставување рамнотежа помеѓу претходниот начин на живот и новите одговорности. Важно е да се овозможи време за прилагодување и да се користи поддршката од блиската околина. За да може да дојде до стабилен и функционален родителски идентитет, потребна е флексибилност, самосочувство и реални очекувања од себе во новата улога.

Во оваа смисла, потребно е психолозите да работат со експерименти кои ќе ја поттикнат свесноста за промените во личниот идентитет по раѓањето, ќе и помогнат на мајката да го препознае континуитетот помеѓу „старата“ и „новата“ верзија од себе, да ги нормализира амбивалентните и конфликтните чувства поврзани со мајчинството, како и да се поттикне самосочувство и прифаќање на процесот на реорганизација на улогите.

7.2. Емоционално здравје во постпартум период

Перинаталниот период е поврзан со интензивни и разновидни емоции кои можат да бидат нови и збунувачки за мајката. Клучен фактор за зачувување на менталното здравје и благосостојба на мајката е развој на вештини за навремено препознавање, разбирање и соодветно регулирање на емоциите.

Вообичаено е да се јават промени во расположението, зголемена чувствителност, страв, несигурност и емоционална преплавеност. Препознавањето на

овие состојби подразбира свесност за сопствените чувства, нивниот интензитет и времетраење, но и разбирање за влијанието на емоциите врз секојдневното функционирање и однесување на мајката, како и врз градењето на емоционалната врска со бебето.

Регулирањето на емоциите вклучува примена на соодветни стратегии за справување, како што се: обезбедување доволен одмор, користење поддршка од блиските, отворена комуникација за емоционалните искуства, како и поставување реални очекувања. Дополнително, во рамки на психолошката поддршка може да се применуваат и т.н. техники на заземјување, кои помагаат во намалување на анксиозноста и враќање на вниманието во сегашниот момент. Овие техники вклучуваат:

- » насочување на вниманието кон дишењето;
- » вртење на вниманието кон сетилата (забележување на пет работи што можете да ги видите, четири што можете да ги допрете, три што можете да ги слушнете, две што можете да ги помирисате и една што можете да ја вкусите), како и
- » фокусирање на телесните сензации, како контактот на стапалата со подот или чувството на сопственото дишење.

Примената на вакви техники придонесува кон намалување на стресот и подобрување на емоционалната стабилност.

28

Прирачник за перинатално ментално здравје за психолози и психотерапевти

Кога емоционалните реакции се интензивни, продолжени или доведуваат до значително нарушување на функционирањето, може да укажуваат на посериозни психолошки состојби, како оние наведени во третото поглавје на овој прирачник. Во такви случаи, неопходно е навремено обраќање кај здравствен работник со цел соодветна проценка и поддршка.

7.3. Социјални и културолошки притисоци и очекувања

Перинаталниот период е силно обликуван од социјалните и културолошките норми кои влијаат врз начинот на кој родителите ја доживуваат својата улога. Очекувањата поврзани со „идеално родителство“, улогата на мајката, како и притисокот за исполнување на одредени стандарди, можат значително да влијаат врз емоционалната благосостојба.

Постои очекување родителите да се чувствуваат постојано среќни, компетентни и посветени, што може да создаде чувство на вина, срам или неадекватност кога реалното искуство е поинакво. Дополнително, традиционалните улоги и општествените ставови можат да го ограничат изразувањето на емоции и барањето помош. Многу мајки живеат во општествен контекст што поставува контрадик-

торни очекувања: да работат како да немаат деца и да се грижат за децата како да немаат работа. Овие притисоци често создаваат внатрешен конфликт помеѓу различните улоги и идентитети.

При работа на овој аспект, може да се примени и техниката „треба – морам – сакам“, која помага во разликување на надворешните очекувања од внатрешните потреби. Оваа вежба се состои од идентификување на мислите кои започнуваат со „треба“ или „морам“, а потоа нивно преобликување во „(не) сакам“ или „избирам (да не)“. На овој начин се поттикнува поголема автономија, свесност и усогласеност со личните вредности, што придонесува за намалување на внатрешниот притисок и подобрување на емоционалната благосостојба.

Важно е да се развие свесност за влијанието на овие очекувања и да се поттикне критичко преиспитување на нереалните стандарди. Како дел од овој процес, корисно е да се развиваат вештини за поставување граници. Едноставна вежба вклучува препознавање на ситуации во кои се чувствува притисок од околината и формулирање јасни, но асертивни одговори. На пример, мајката може свесно да одлучи кога да прифати, а кога да одбие барање, водејќи се од сопствените потреби и можности, без чувство на вина. Во овој контекст, групната работа со мајки дава особена предност, бидејќи меѓусебната размена на искуствата на поставување граници нудат нормализирање и „дозвола“ за мајките да експериментираат со слично однесување во реалниот животен простор.

7.4. Лично задоволство и грижа за себе

Перинаталниот период често е насочен кон грижата за бебето, при што потребите на мајката може да бидат ставени во втор план. Сепак, грижата за себе не е луксуз, туку основен дел од емоционалното здравје и способноста за адаптација во новата животна улога.

Грижата за себе подразбира препознавање на сопствените физички и емоционални потреби и нивно активно задоволување во секојдневието. Тоа може да вклучува кратки моменти на одмор, хранење и хидратација, движење, како и одвојување време за активности кои носат чувство на смиреност или задоволство. Дури и мали паузи имаат значаен ефект врз намалување на стресот и подобрување на расположението.

Личното задоволство во овој период не значи враќање на претходниот начин на живот, туку постепено вклучување на активности кои ја поттикнуваат поврзаноста со себе како личност, надвор од улогата на родител. Одржувањето на овие аспекти придонесува за поголема емоционална стабилност, подобар однос со бебето и поуспешна адаптација на новите животни барања.

Редовната грижа за себе е клучен заштитен фактор за менталното здравје и треба да се третира како приоритет, а не како избор кој зависи од „слободно време“. Грижата за себе подразбира континуирано прашање за тоа „што ми е потребно денес?“, „како се чувствувам?“, „од кого можам да побарам поддршка?“, „што ми помага да се чувствувам повеќе како јас?“. Грижата за себе може да изгледа различно и за различните мајки и за различните етапи од перинаталниот период, и може да содржи: одмор и сон, време без обврски, разговор со блиска личност, прошетка, враќање на делови од претходниот идентитет, телесна грижа, дозвола за помош, поставување граници, време за тишина и рефлексивност.

Во групна психолошка поддршка, темата за грижа за себе може да им помогне на мајките:

- ≡ да ги препознаат сопствените потреби без вина,
- ≡ да истражат што ги спречува да побараат поддршка,
- ≡ да зборуваат за притисокот да бидат „совршени“,
- ≡ да развијат повеќе самосочувство,
- ≡ и да ја препознаат грижата за себе како дел од грижата за детето, а не како нешто одделно од неа.

7.5. Системи на поддршка во постпартум периодот: Зошто поддршката не е луксуз, туку потреба?

Периодот по раѓањето на детето носи огромни промени, а поддршката во овој период игра клучна улога за здравјето на целото семејство. Таа директно го намалува ризикот од појава на постпартална анксиозност и депресија. Кога мајката се чувствува поддржана, нејзината самоверба расте, што овозможува полесна адаптација во новата улога и посилно поврзување (атачмент) со бебето. Поддршката на мајчиното здравје е темел за здрав развој на детето и подобар квалитет на живот за целото семејство. Многу истражувачи укажале на фактот дека оние мајки кои имаат доволна мрежа на поддршка, се справуваат со предизвиците на мајчинството многу подобро, од оние што ја немаат. Голдштајн и соработниците (1996) откриле дека оние мајки кои имаат поголема мрежа на поддршка биле посензитивни во нивните интеракции со бебињата. Кронин (2003), ја покажал значајноста на поддршката кон мајките прворотки, во справувањето со новата улога и одговорностите што таа ги носи. (според Арнолд-Бекер)

Мапирање на мрежата и видовите на поддршка

За успешно справување со предизвиците, важно е да се идентификуваат сите достапни ресурси. Системите на поддршка вклучуваат:

- ≡ **Примарна мрежа:** Партнерот, потесното семејство и блиските пријатели.
- ≡ **Заедница и професионалци:** Групи за поддршка, доктори, патронажни сестри, како и стручни лица како дули (doulas), психотерапевти и нутриционисти.

Оваа поддршка се манифестира преку три клучни форми:

1	Емоционална: Валидација, емпатија и активно ислушување на потребите на мајката.
2	Практична (инструментална): Помош околу бебето, но и конкретна помош во домаќинството – готвење, чистење, перење итн.
3	Информациска: Стручни совети од медицински лица и релевантни експерти

Психолозите можат да помогнат во оснажувањето на мајчините капацитети за барање помош и поддршка, односно мајките да се осмелат да ги мобилизираат системите на поддршка кои им се достапни. Работата во пракса упатува на фактот дека мајките честопати се чувствуваат недоволно поддржани, особено кога станува збор за емоционална поддршка. Преку развивање свесност за грижа за сопствените емоционални потреби, како и начините на остварување комуникација со каналите на поддршка, мајките би добиле нова перспектива и можност да научат да се грижат и за сопствените емоционални потреби во периодот на мајчинството. Во поглед на комуникацијата, мајките можат да експериментираат (во безбедна средина) за начините на кои би побарале помош, би можеле да преиспитаат што за нив (и само во нивниот индивидуален контекст) претставува потреба за помош, како и да се обидат да преземат акција кон комуницирање и мобилизирање на достапните ресурси. Психолозите можат да вежбаат и техники за самоподдршка со самите мајки, кои ќе им овозможат стабилизација и освестување за сопствените капацитети.

7.6. Тензија и анксиозност

Транзицијата во мајчинство е период на прилагодување кој може да биде придружен со тензија, анксиозност и чувство на преплавеност. Анксиозноста обично е поизразена кај мајки кои се соочувале со неа и пред бременоста или во текот на самата бременост. Доколку преминот во мајчинство го разгледуваме како еден вид на криза, можеме да заклучиме дека промените што настануваат се придружени со преиспитување на сопствениот живот, вредностите и верувањата, но и целосната слика за себе. Дурзен вели:

„кризата може да настане и во секојдневни случувања или настани кои се навидум позитивни и среќни, како бременоста или породувањето“. (Deurzen, 2010)

Мајчинството може да предизвика анксиозни доживувања бидејќи мајките кои се прворотки немаат позната територија на која можат да застанат, или поранешно искуство на кое можат да се повикаат. Тие влегуваат во сосема нов и непознат свет и се чувствуваат како нивниот живот да почнал одново, по раѓањето на детето. (Arnold-Baker, 2021).

НА КОЈ НАЧИН МОЖАТ ДА СЕ ПОДДРЖАТ МАЈКИТЕ ВО НАМАЛУВАЊЕ НА ЧУВСТВАТА НА ТЕНЗИЈА, НЕДОВОЛНОСТ ИЛИ АНКСИОЗНОСТ?

Мајките честопати се соочуваат со потешкотии при препуштање на контролата врз одлуките за своето дете, како и поставувањето здрави и цврсти граници со останатите членови на семејството. Психолозите можат да помогнат мајките да развијат свесност за своите актуелни анксиозни мисли и доживувања, начините на кои тие им создаваат nelaгодности во секојдневието и начините со кои мајките се „заглавуваат“ во повторливи обрасци на однесување. Понатаму, можат да се користат различни техники за приземјување и сетилна свесност, кои ќе помогнат мајката да го воспостави одново внатрешниот баланс, пред да премине на преземање акција (ко-регулација со детето, разговор со близок итн).

Мајчинството носи многу предизвици, а еден од нив е враќањето на работа (завршеток на породилното отсуство), што често предизвикува страв од пропуштање на важни моменти (FOMO – fear of missing out) и подразбира нов начин на прилагодување на секојдневието на самата мајка. Овој процес на формирање нов кариерен идентитет бара напуштање на старите обрасци на функционирање и прифаќање на кризната состојба како дел од личниот раст. Значајно е да се нагласи дека овој процес претставува ново прилагодување за мајките и може да ги соочи со повторно преиспитување на своите идентитети.

7.7. Справување со ЧУВСТВОТО НА ВИНА

Вината често произлегува од нереалните очекувања кои мајките ги имаат за себе или од пораките (интроекти) кои ги добиваат од средината. Кога мајката е преплавена со обврски и истовремено се обидува да го изгради својот нов идентитет, секоја критика од околината може да доведе до интернализирање на вината и несигурност во сопствените капацитети.

Психолозите можат да понудат простор за мајките да го препознаат своето чувство на вина како и сите негови елементи, а потоа да ги разгледаат и другите емоции кои се јавуваат како придружни на вината. Во групен сетинг, мајките можат да работат и на својата свесност за тоа како се развива чувство на вина во

пошироките општествени кругови (очекувањата што постојат), но и како тие самите обвинуваат други мајки за одредени акции. Фокусот би требало да се стави на процесот на транзиција, од чувство на вина (направив/правам грешка/и) кон чувство на трпеливост и прифаќање (сè уште учам).

Целта не е насочена кон „поправање“ на мајката и негирање на чувството на вина, туку пружање поддршка во развивањето на новиот мајчински идентитет. Доколку мајката се чувствува разбрано и поддржано, веројатно ќе започне да гледа на своите битки не како на свои морални пропусти, туку како на нормален и природен дел од човековиот развој. .

7.8. Партнерските односи по породувањето

Мајчинството носи значителни промени во многу релации, не менува нас самите, а со тоа и релациите со средината (сите околу нас). Самата транзиција на партнерството - во родителство, честопати е обележана со намалено задоволство и зголемени конфликти кои можат да се резултат на преголем умор, помалку време за себе и за партнерот, процес на адаптација во новата улога, промена на целосната семејна динамика и др. Релацијата меѓу родителите е една од најпогодените во овој период. Намаленото време за себе и за партнерот, заедно со новите улоги, може да ја доведе стабилноста на врската во криза. За надминување на овие предизвици, клучни се:

- ≡ **Свесност и едукација:** Разбирање на промените кои се случуваат кај двајцата партнери.
- ≡ **Реални очекувања:** Избегнување на притисокот од совршеност.
- ≡ **Комуникација:** Јасно изразување на потребите и активно слушање како предуслов за меѓусебна поддршка.

При пружање поддршка во надминување на предизвиците што се јавуваат во партнерските релации, психолозите можат да се повикаат на неколку сегменти од партнерството и да ги истражат: емоционалната блискост, поделбата на трудот и обврските, квалитетот на комуникацијата, интимноста, незадоволството, степенот на поддршка. Корисно би било да им се дозволи на мајките да ги оценат сите аспекти и да најдат кои аспекти се најмногу променети, но и кои аспекти на партнерството најмногу страдале. Исто така, може да се истражи и кои нови аспекти или начини на комуникација се развиле по транзицијата во родителство.

7.9. Породилно искуство и поврзување со телото

Самиот чин на породување е длабоко лично телесно и емоционално искуство кое може да биде и трауматско и оснажувачко. Начинот на кој жената го доживува сопственото тело пред, за време и после раѓањето, често влијае врз нејзината самодоверба, идентитет и емоционална состојба. Физичките промени, хормоните, лузните, болката, ранливоста или исцрпеноста можат да создадат чувство на оддалеченост од сопственото тело, како и нереални идеалистични очекувања од телото.

Покрај личното доживување, постојат очекувања од средината мајките брзо да „се вратат во форма“, да изгледаат среќно и да не зборуваат отворено за физичката болка, заморот или непријатноста. Поради овој општествен притисок, многу жени се чувствуваат осамено или виновно кога нивното вистинско искуство не одговара на идеализираната слика за мајчинството.

При повторно поврзување со телото по раѓањето, потребно е да се работи на освестување на моќта на телото, развивање на благодарност кон телото и поттикнување на доживување на телото како извор на сила и создавање. Самоподдршката и нежноста кон себе може да се поттикнат низ експерименти со кои на телото нема да се гледа само преку призма тоа што недостасува, туку и со разбирање на телото како на место што поминало низ голема трансформација и создавало на нов живот.

34

Прирачник за перинатално ментално здравје за психолози и психотерапевти

Повторното поврзување со телото започнува и преку препознавање на неговите потреби за одмор, сон, исхрана и закрепување, кои често се занемаруваат кај мајките.

Дополнително, важно е да се намали чувството на вина поврзано со грижата за себе, бидејќи грижата за сопственото тело претставува значаен дел од психичкото здравје.

Лесното движење, прошетките, јогата, дишењето и другите активности што ја поттикнуваат телесната свесност можат да помогнат жената повторно да воспостави контакт со своето тело. Исто така, зборувањето за искуството на породувањето и раскажувањето на сопствената приказна може да помогне во обработката на тешките или трауматични чувства поврзани со раѓањето. Важно е да се прифатат и двојните чувства што можат да се јават во овој период — истовремена љубов кон детето и тага по претходното „јас“ — како нормален дел од процесот на адаптација кон мајчинството.

7.10. Силни страни на мајчинството

Во периодот на рано мајчинство (постпартум период), еден од најзначајните предизвици е потрагата по силните страни на една мајка, односно трагање по нејзините карактерни особини и ресурси кои можат да и помогнат во надминување на кризата (или транзицијата).

Психолозите можат да работат на препознавање и уважување на способностите и вештините кои мајките ги имале и пред да станат мајки. Исто така, можат да ги истражуваат и ново-развиените вештини или оние кои дошле до израз во новата улога. Значајно е мајките да успеат да идентификуваат кои се нивните силни страни, како ги користат и како се самоподдржуваат. Ова им помага на мајките да се потсетат кои внатрешни ресурси им се на располагање, но и да си дадат простор да ги уважат новите начини на себеподдршка.

Како интервенција може да се користи освестувањето за наративот кој мајките би го упатиле кон нови мајки, односно што тие сметаат дека е важно новите мајки да знаат. Ова им помага на мајките да го почувствуваат својот придонес, преку пренесување на сопственото искуство. Корисна техника може да биде наоѓање на еден предмет кој ќе ги потсетува на нивните силни страни и ќе им овозможи навраќање на истите и потсетување секогаш кога ќе им биде потребно. Оваа техника подразбира материјализирање на емоциите и доживувањата, а помага за побрзо навраќање и стапување во контакт со себе.

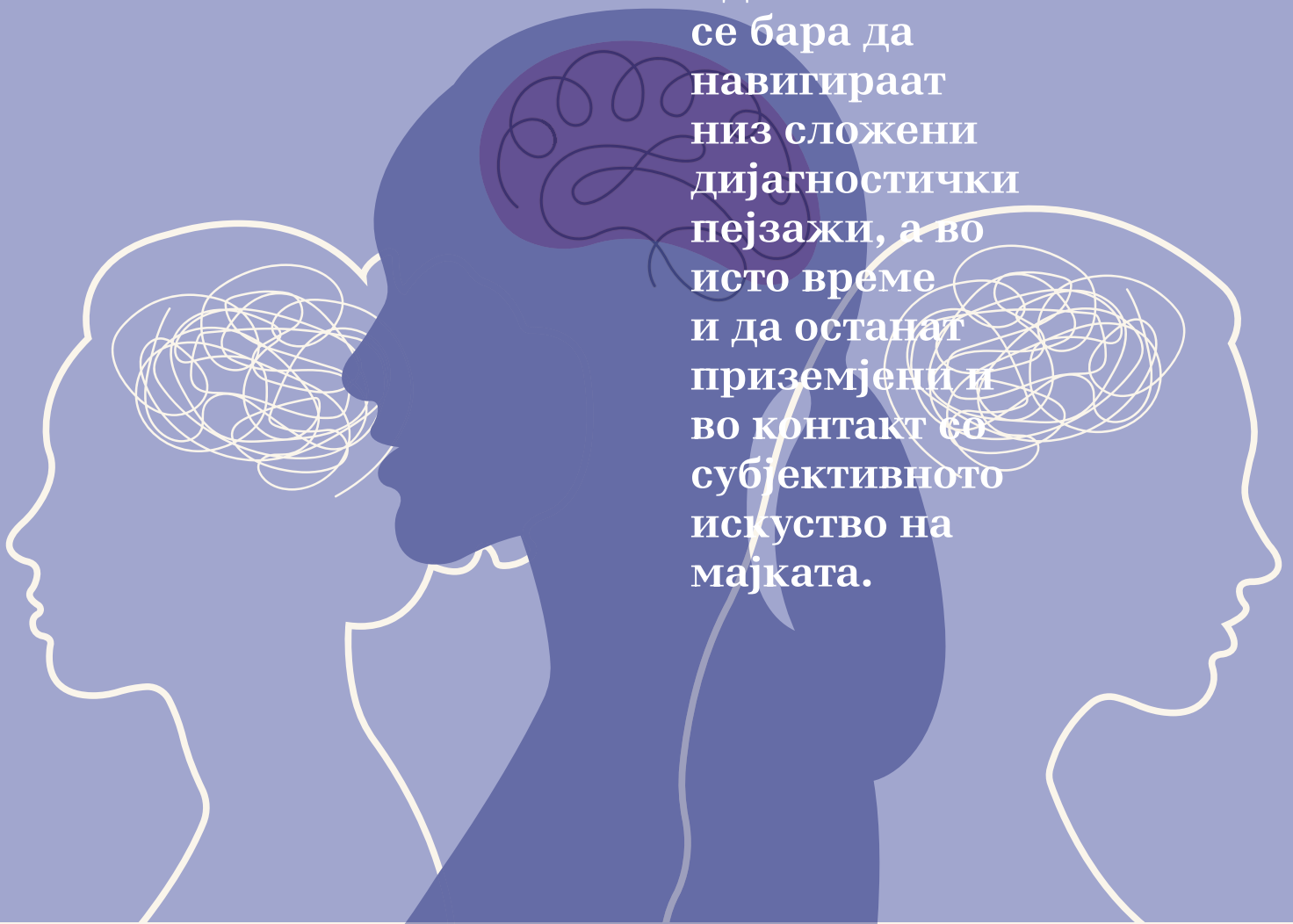
Идентификувањето на силните карактеристики кои се јавиле во периодот на мајчинство овозможува да се појави нова перспектива и да се збогати мајчинското искуство. Кога мајките ќе успеат да препознаат потенцијали кај себе кои претходно не можеле да ги идентификуваат, се случува промена во перцепцијата. Според зборовите на Арнолд-Бекер (2015),

„транзицијата во мајчинство е животна транзиција, во која се отвора нов прозорец на свесност кај мајката од кој таа го гледа постоењето во една сива форма. Оваа свесност нема да остане вака акутна како во првите месеци од мајчинството, но е доволно долга за да направи значајни промени во начинот на којшто мајката се доживува себеси, сопствениот живот и смисла.“

8. ПРЕПОРАКИ ЗА РАЗВОЈ НА ПСИХОЛОШКАТА ГРИЖА ВО ПЕРИНАТАЛЕН ПЕРИОД

Работата во областа на перинаталното ментално здравје бара форма на клиничка пракса која е и вешта и длабоко хумана.

Од психолозите се бара да навигираат низ сложени дијагностички пејзажи, а во исто време и да останат приземјени и во контакт со субјективното искуство на мајката.



Ова вклучува способност да се разликуваат различни перинатални ментални здравствени состојби, но и свесност дека мајчинските искуства не секогаш може да се вклопат во дијагностички категории. Чувствителноста кон психолошката транзиција кон родителство е од суштинско значење, бидејќи овој период често вклучува промени во идентитетот, ранливоста и динамиката на релациите.

Подеднакво важна е и свесноста за социокултурниот контекст во кој се гради мајчинството. Очекувањата околу тоа што значи да се биде “добра мајка” можат да го обликуваат начинот на кој се доживува вознемиреноста и дали воопшто се изразува. Пристапот фокусиран на личноста бара од психолозите да останат љубопитни за овие влијанија, наместо да наметнуваат надворешни стандарди.

Проценката на ризикот останува клучен аспект на грижата, особено во однос на самоповредување, суицидни мисли и потенцијална штета за бебето. Ова бара создавање терапевтски простор во кој дури и најтешките мисли можат да се споделат без страв од осуда или отфрлање.

Конечно, перинаталната ментална здравствена грижа е суштински релациска. Благосостојбата на мајките е тесно поврзана со нивните односи, системи за поддршка и поширока околина. Како таква, терапевтската работа се протега подалеку од олеснување на симптомите, за да ја поддржи поврзаноста, интеграцијата и процесот на станување родител. Во овој контекст, целта не е само намалување на симптомите, туку создавање услови во кои мајките ќе можат да ја поминат транзицијата кон родителството со поголема поддршка, поврзаност и психолошка сигурност. Ова подразбира не само индивидуална терапевтска грижа, туку и поширока општествена и институционална одговорност кон менталното здравје на мајките.

Овој прирачник произлезе токму од вакво разбирање на перинаталната грижа – како процес што бара клиничка чувствителност, релациска поддршка и простор за споделување на искуството. Тој се темели на искуствата на терапевтските во работа со групи за поддршка на мајки во перинаталниот период, каде честопати станува видливо дека покрај психолошките симптоми, мајките се соочуваат и со длабоко чувство на изолација и непрепознаеност.

Информациите и насоките содржани во прирачникот можат да бидат применливи и во индивидуална и во групна психолошка пракса. Сепак, важно е да се препознае дека современото мајчинство често се одвива во услови на намалени социјални кругови и ограничена секојдневна поддршка, што ја прави изолацијата на мајките поизразена отколку во многу претходни генерации. Во тој контекст, групите за поддршка имаат посебна вредност, бидејќи покрај психолошката помош можат да обезбедат и чувство на заедница, меѓусебна разбраност и припадност. За многу мајки, можноста да бидат слушнати и препознаени од други жени со слични искуства претставува значаен дел од процесот на поддршка и закрепнување.

БЕЛЕШКИ ОД ТЕРАПЕВТКИТЕ

Најдрагиот личен и професионален момент годинава ми е можноста да работам на тема перинатално ментално здравје. Во систем што ја индивидуализира грижата, самото создавање простор каде мајките се слушнати, препознаени и поддржани претставува чин на поместување на границите за тоа како ја разбираме грижата, одговорноста, и заедништвото. Во тој простор, многу брзо стана јасно дека голем дел од тешкотиите со кои се соочуваат мајките не произлегуваат само од нивната лична ранливост, туку и од условите во кои мајчинството се живее.

За мене, мајчинството е длабоко општествено и феминистичко прашање. Тоа се случува во услови што ние како општество ги креираме: преку правата што ги обезбедуваме, поддршката што ја нудиме, мрежите на грижа што ги градиме или не успеваме да ги изградиме, и преку очекувањата што ги поставуваме пред жените. Во таа смисла, грижата за менталното здравје на мајките е многу повеќе политичко прашање отколку прашање на индивидуална одговорност.

Благодарна сум до небо на сите жени што беа дел од оваа прва приказна. Благодарна сум за довербата, за искреноста, за отвореноста и за храброста. Се надевам дека овој прирачник ќе понесе во други средби и искуства барем дел од таа разбраност, топлина и чувство дека ниту една мајка не треба сама да го оди овој пат на преобликување.

Ана Бојчевска Митревска

Мајчинството за мене претставува најубавата, најблагодарната, но истовремено и најтешката улога што една жена може да ја има. Мајките кои првпат ја искусуваат оваа улога, се соочуваат со еден тон прашања, несигурности, дилеми и промени на секој аспект од живеењето. Еден од најважните аспекти е менталното здравје на мајките, кое ги опфаќа сите емоции, доживувања, мисли и однесувања или поточно се она што е поврзано со психичкиот живот на мајката. Ако ја разбереме димензијата на ова искуство и доживотна промена во животот на една жена, неминовно е да се запрашаме - Како мајката ќе се прилагоди на новата улога и што се е потребно за да се случи адаптација?

Можноста да присуствувам и да придонесувам во група на мајки кои поминуваат низ оваа транзиција и ставаат акцент на своето ментално здравје, беше од непроценливо значење за мене. Мајките кои се освестени за важноста на сопствената добросостојба имаат повисок потенцијал да ги надминат предизвиците кои ги носи новата улога, без да се изгубат себеси на тој пат. Од неизмерно значење за мајките беше и самото отварање на теми кои им се многу актуелни, ама за кои малку се зборува по породувањето. Понатаму, емоционалната поддршка што произлегува од група на мајки кои поминуваат низ слични фази, имаат слични искуства и доживувања донесе нова перспектива и чувство на прифатеност, разбирање и нормализирање на искуството. Ми беше задоволство да ја сведочам поврзаноста помеѓу мајките, начините на кои пружаат поддршка една на друга, но и да го видам потенцијалот што секоја мајка го носи во себе.

Сузана Арсовска Митревска

Да се биде дел од градење на заедница, која беше полна со меѓусебна поддршка и доверба, полна со разбирање, присуство и охрабрување, е нешто што дава смисла на мојата работа и на моето постоење. Потребата за група на поддршка за мајки кои поминуваат низ мајчинското искуство за прв пат беше огромна, мајките ја продолжија комуникацијата и после завршувањето на работилниците, и се надевам дека ќе го задржат ова хранливо поле за себе како ресурс, како место каде што можат да дадат и земат тоа што им е потребно. Радосна сум и длабоко задоволна што бев сведок на создавањето на вакви искрени и поддржувачки врски.

Кога се раѓа едно дете, кога се раѓа една мајка, се раѓа едно мало делче од нашата иднина, од иднината на луѓето кои ги сакаме и кои ни се блиски. Во што ќе се развие и како тоа ќе изгледа, тоа мало делче иднина е одговорност на секој од нас, почнувајќи од одговорноста на индивидуалното однесување, на семејството, како и одговорноста на институциите.

Грижејќи се за мајката, се грижиме за детето, се грижиме за семејството, но во исто време и за сопственото поле, за сопственото семејство и на тој начин инвестираме во здраво општество, во развивање на колективна свест и менталното здравје на индивидуално и колективно ниво. Во иднина гледам центри и бројни групи на поддршка, кои ќе станат вообичаен дел од секојдневното припремање за доаѓањето на новиот живот, за поддршка во постнаталниот период и во овие транзициони периоди кога поддршката од околината е есенцијална и бесценета.

Особена благодарност до моите колешки за иницијативата, за отворањето и носењето на оваа важна тема во јавниот простор, како и за посветеноста во подигнувањето на свесноста за значењето на поддршката во мајчинството. Благодарност и до сите мајки кои учествуваат, за нивната доверба, искреност, ранливост и храброст да споделуваат и да бидат присутни една за друга. Сите тие ја создадоа топлината и суштината на ова заедничко искуство.

Ирена Жунгулова

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Claire Arnold-Baker. (2021). *The existential crisis of motherhood*. Palgrave Macmillan.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-56498-8>
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441–454.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441>
- Cronin, C. (2003). First-time mothers—Identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260–267.
- 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)
- Gemmill, A. W., et al. (2006). A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health*, 6, 211.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-211>
- Goldstein, L. H., Diener, M. L., & Mangelsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behaviour. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60–71.
- Moore Simas, T. A., Whelan, A., & Byatt, N. (2023). Postpartum depression—New screening recommendations and treatments. *JAMA*, 330(23), 2295–2296.
<https://doi.org/10.1001/jama.2023.21311>
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2003). A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of General Practice*, 53(493), 614–619.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314675/>
- van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy*. Routledge.

