

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ

Проаналізовано звіти фахівців з дослідження проблеми переживання втрат, розглянуті стадії переживання горя та його задачі, вирішення яких допомагає людині адаптуватися й налагоджувати подальше життя. Особливості перинатальних втрат, здебільшого, не дають змоги батькам пройти стадії горювання, внаслідок чого їхній стан може мати характер посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: перинатальні втрати, процес горювання, стадії переживання горя, задачі горя, особливості переживання перинатальних втрат, посттравматичний стресовий розлад, роль Іншого при переживанні втрати.

Проаналізовані отчеты специалистов по исследованию проблемы переживания потерь, рассмотрены стадии переживания горя и его задачи, разрешение которых помогает человеку адаптироваться и наладить дальнейшую жизнь. Особенности перинатальных потерь, часто, не дают возможности родителям пройти стадии горевания, вследствие чего их состояние может иметь характер посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: перинатальные потери, процесс горевания, стадии переживания горя, задачи горя, особенности переживания перинатальных потерь, посттравматическое стрессовое расстройство, роль Другого при переживании потери.

There has been conducted an analysis of specialists' reports on the problems related to grieving a loss, have been observed the aims and phases of grieving, which solving helps adapt oneself and organize further life. The specificity of perinatal losses often do not allow for the parents to go through the pases of grief which leads to that their state can have the character of a post-traumatic stress-related disorder.

Key words: perinatal losses, grieving, phases of grieving, aims of grieving, specificity of grieveing a perinatal loss, post-traumatic stress-related disorder, the role of the Other in grieving.

Останнім часом проведено чимало досліджень з питань психології материнства. Розглядаються й проблеми викиднів, мертвонароджених, як вони можуть бути пов'язані з психологічними станами та особливостями жінки. Але досліджень переживань батьків, які понесли перинатальну втрату, особливостей психологічної допомоги їм, обмаль. Під **перинатальною втратою (ПВ)** в медицині розуміють загибель плода на різних стадіях вагітності, підчас пологів або смерть новонародженого. Жінки, які зіткнулися з такою проблемою, бажають, все ж таки, народити дитину і через деякий час вагітніють знову. Травматичні переживання, пов'язані з втратою попередньої вагітності, дитини, здебільшого, актуалізуються з новою силою.

Актуальність проблеми полягає в тому, що ця проблема мало вивчається як психологічна в акушерстві і породіллі, вагітність яких закінчилася викиднем або мертвонародженим та вагітні, в анамнезі яких є **ПВ**, не отримують кваліфікованої психологічної допомоги. За даними фахівців, що проводили спостереження за вагітними, в анамнезі яких є **ПВ**, такі жінки, здебільшого, перебувають у стані хронічного стресу. Вони скаржаться на постійні виникнення у пам'яті картин з минулої травматичної ситуації. Ці спогади

супроводжуються сильним почуттям тривоги, занепокоєння, страху. Якщо сцени з минулого приходять у вісні, то носять характер кошмарів. Поряд із цим є проблеми із засинанням або сон переривається. Спостерігається часткова або повна втрата здатності до емоційних проявів, переживання радості, задоволення, спонтанності. Ознаки депресивного стану (апатія, негативне ставлення до життя, тривожність, підозрілість та недовіра до оточуючих, невпевненість у собі, почуття провини, дратівливість) супроводжуються спазмами у шлунку, головним болем, болем у спині. Такі симптоми спостерігаються при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Такий розлад має три основних симптоми: повторне переживання травми, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, стійкі прояви підвищеного збудження. Можливість виникнення ПТСР залежить від важкості травматичної ситуації, раптовості, не контрольованості, а також від психологічних характеристик особистості. Вагітність таких жінок часто супроводжується ускладненнями її перебігу, а також виникненням проблем у подальшому вихованні дитини [5]. Слід також зазначити, що й працівники жіночих консультацій, пологових будинків, медико-генетичних центрів часто зустрічаються з проблемою **ПВ**. Саме вони змушені

сповіщати про вади плода, його нежиттєздатність або загибель. Але вони не мають спеціальної підготовки, оскільки у посібниках про **ПВ** згадується зверхньо і вони використовують емпатію та інтуїцію, які притаманні більшості людей. Отже, ця ситуація є травматичною і для медичних працівників, вони також мають визначені переживання, які впливають на їхній психічний стан, а з часом, можуть призвести до емоційного вигорання. Процес переживання горя при **ПВ** має чимало особливостей, які не притаманні іншим ситуаціям, що пов'язані з втратами.

Завдання цієї статті: огляд літератури з проблеми переживання втрати, визначення особливостей переживання перинатальних втрат, які можуть перешкоджати роботі горя.

Результати вивчення публікацій з визначеної проблематики. І.В. Добряков вказує, що у психології під втратою розуміють втрату будь-чого значущого, цінного, того, до чого у індивіда існує сильна афективна прив'язаність, того, що сприяє відчуттю індивідом своєї цілісності і стабільності свого існування [2;3]. Реакцією на втрату є специфічне суб'єктивне почуття - горе. **Горе** – розтягнутий у часі процес переживань, який вміщує в собі безліч змін, пов'язаних з психологічною, поведінковою, соціальною і фізичною реакцією на втрату. Горе супроводжується трауром та скорботою. **Траур** – культурно обумовлена і публічна демонстрація горя через поведінку індивіда здійснення прийнятих у культурі ритуалів. Завдяки йому може бути структурований та завершений цикл переживання горя. **Скорбота** вміщує в себе весь комплекс емоційних, соматичних, соціальних процесів, які виникли у зв'язку зі смертю близької людини, переживання втрати. При **ПВ** не існує виражений феномен відсутності, що сприяє труднощам із інтерналізацією факту смерті. У батьків, здебільшого, не існує нічого конкретного, реалістичного, пов'язаного із померлим або із стосунками з ним. Але з моменту визначення вагітності у матері починає поступово формуватися образ дитини та прихильність до неї. Немовля вже живе у психіці жінки, його поштовхи викликають сильні почуття. Т.Н. Пушкарьова підкреслює, що встановлення зв'язку із ще не народженою дитиною є одним із завдань, яке повинна виконати жінка, що готується стати матір'ю. В процесі знайомства зі своєю не народженою дитиною, прислуховуючись до нових відчуттів і змін у

собі, жінка переживає розчулення, ніжність, турботу, взаємодіє з нею, як з окремою істотою. В деяких дослідженнях було визначено, що вагітні жінки наділяють своїх дітей індивідуальними характеристиками і відчують до них почуття любові. Р.Рубін встановила, що емоційний зв'язок матері з майбутньою дитиною зароджується під час вагітності і є першою фазою розвитку материнської прихильності. Вагітна вирішує чотири основні задачі, коли формує "якісну матрицю материнства": прагнення до безпечного перебігу вагітності для неї та дитини, сприятливим пологам, забезпечення визнання дитини значущими членами сім'ї і розвиток готовності присвячувати себе дитині [6].

Батьки планують майбутнє життя у повній сім'ї. Оскільки оточуючі цього не бачать, не відчують, то й не всі визнають цю втрату як реальну, а звідси й право батьків на повноцінне переживання горя, трауру та скорботи. На переживання горя впливає когнітивний, емоційний, соціальний розвиток, культурно етнічні особливості, релігійні вірування. У випадку **ПВ** «успіх роботи горя» залежить від гармонійності подружніх взаємин, мотивації вагітності, стадії розвитку сім'ї [3].

Сидорова В.Ю. вважає що, окрім втрати об'єкту, деякі люди одночасно переживають почуття втрати себе, власного Я. Останні дослідження показали, що жінки, які визначають свою ідентичність через взаємодію з близькими або піклування про інших, загубивши об'єкт піклування, переживають почуття втрати себе [7].

Найбільш поширена класифікація процесу переживання горя складається з чотирьох стадій. **Перша – шок, ступор, протест.** Саме в цей час, здебільшого, спостерігаються максимальні прояви горя. Цей період може продовжуватися до двох неділь. Жінка впадає в ступор, який є захисною реакцією. Вона не може повірити, що це відбулося саме з нею. У пам'яті ще живий образ дитини, фантазії про неї, про майбутнє. Поряд з утрудненням концентрації уваги, прийняття рішень, можуть бути емоційні сплески, гнів, спрямований на лікарів, близьких. **Друга – пошук і туга,** що продовжується до трьох місяців. Домінують болючі думки про дитину, особливо коли жінка стикається з речами або людьми, які нагадують про втрату. У цей період відчувається провина, спустошення, дратівливість. Характерне нав'язливе бажання завагітніти, інколи

навпаки, жінка не бажає вагітніти ніколи. **Третя стадія – дезорієнтація**, може продовжуватися рік і більше. На цій стадії, нарешті приходиться усвідомлення втрати. Загострюється почуття вини, своєї неповноцінності. Підвищується

стомлюваність, погіршується апетит та сон, знижується працездатність. **Четверта стадія – реорганізація**. Наступає, приблизно, між вісімнадцятим та двадцять четвертим місяцем після втрати. При гармонічних подружніх відносинах симптоматика поступово зникає. Відбувається прощання з померлим, жінка починає бачити перспективи подальшого життя, яке знову набуває сенсу [2;3].

Сидорова В. Ю. дає *опис чотирьох задач горя*, виконання яких сприяє нормальному горюванню. Горе – реакція на втрату значущого об'єкту, частки ідентичності або очікуваного майбутнього. Загальновідомо, що реакція на втрату значущого об'єкту – специфічний психічний процес, який розвивається за своїми законами [7].

Перша задача – визнання факту втрати. Якщо зустрічається заперечення такого факту, або його значущості, або незворотності, то робота горя блокується на ранніх етапах. Таким чином люди бережуть себе від того, щоб не зіткнулися віч-на-віч із реальністю. Уникнення визнання втрати досягається завдяки раціоналізації та запереченню: «Ми ще не встигли до дитини звикнути»; «Ми ще молоді і в нас будуть діти»; «Застрягати на цих переживаннях шкідливе для здоров'я»; «Ми намагаємося про це не думати». Іноді використовуються занурення у роботу або, навпаки, апатія, відсутність інтересу до життя.

Друга задача – пережити біль втрати, всі складні почуття, які супроводжують втрату. На думку Д.В. Вордена, якщо людина не здатна відчути й прожити біль втрати, який є абсолютно завжди, то біль проявить себе в інших формах (психосоматика, розлади поведінки). Біль потрібно пережити, щоб не нести його через все життя, інакше він дасть про себе знати в інших кризових ситуаціях, іноді, начебто не пов'язаних з давньою втратою. Відстрочене переживання горя важче, оскільки той, що горює не може вже отримати таке співчуття й підтримку від оточуючих, як це відбувається одразу після втрати, що допомагає з нею справитися. Говорячи про участь оточення не обов'язково мається на увазі психотерапія, а скоріш нормальна

здатність людей, які піклуються, відгукнутися. Про роль Іншого М. Кляйн зазначає що, коли у того, що в скорботі є люди, які поділяють його горе, і коли він може прийняти їх співчуття, тоді підтримується гармонія його внутрішнього світу, страхи й дистрес проходять скоріше [8]. У деяких випадках може бути важливою готовність Іншого відкласти інтимні жести та втіху.

Третя задача – налагодження оточення, де відчувається відсутність померлого. Покійний близький брав участь у житті сім'ї, вимагав визначеної поведінки, виконував будь-які ролі. У випадку ПВ руйнуються надії та очікування, з якими пов'язувалося майбутнє батьків. Ця пустота повинна бути заповнена і життя організоване на новий лад.

Четверта задача – побудувати нове ставлення до померлого й продовжувати жити. Це не значить забути або виключити всі емоції, які стосуються покійного. Перебудова емоцій дає можливість вступати в нові емоційно насичені стосунки. У протилежному випадку період трауру не завершується, «життя зупиняється», втрачається його сенс.

Деякі автори називають конкретні терміни переживання втрати – пів-року, рік чи два. Д. Ворден вважає роботу горя завершеною тоді, коли людина, яка пережила втрату, зробить усі чотири кроки і вирішить усі чотири задачі горя, тоді коли людина знову спроможна вести нормальне життя, почувається адаптованою, коли є інтерес до життя і можливість функціонувати в ньому адекватно власному соціальному статусу та рисам характеру [7].

Особливості переживання ПВ полягають в тому, що часто не вирішуються перші дві задачі горя. Якщо визнання факту втрати батьками, здебільшого, таки відбувається, то пережити біль втрати часто не вдається. Близькі, навіть, не радять жінці думати про «це», «забороняють» плакати, пояснюючи шкідливим впливом на здоров'я важких почуттів. А чоловіки знають з дитинства, що «сильні люди не плачуть». Якщо не пройдено попередні етапи горювання, не вирішена друга задача, то процес гальмується. Біль, начебто, проходить, але він просто маскується і в будь-який час може виявитися в іншому вигляді. У гострому періоді основна задача психологічного супроводження полягає в допомозі актуалізації ПВ, усвідомлення її

реальності та переживанні емоцій, пов'язаних з цим.

У тих випадках, коли стадії процесу горя не пережиті, його задачі не виконані, жінки можуть скаржитися на образливість, важкі думки та відчуття, кошмари, спроби уникнути нав'язливих думок, дій, пов'язаних з травмою, або, навпаки, часткову або повну амнезію важливих аспектів травми, порушення сну, дратівливість, відсутність позитивних емоцій. У подружжя, яке переживає **ПВ**, смерть, немовби, руйнує їхню базову батьківську функцію, заперечує законам природи. Поряд з цим часто існує соціальне неприйняття **ПВ** [4]. Суспільство може допомогти тим, хто переживає втрату, знявши табу з розмов про смерть. Слід заохочувати їхні відверті розмови з родичами та друзями про такий досвід та почуття, які його супроводжували. Релігійні люди звертаються до духовенства, дотримуються похоронних ритуалів. Нерелігійні – створюють власні ритуали, що допомагає їм закінчити процес горювання [1].

Висновки проведеного аналізу свідчать, що викидні, смерть новонародженого є значущою втратою для батьків. Перинатальні втрати складаються з фізичної втрати (загибель дитини) і з символічної втрати (невдала спроба набути новий соціальний статус матері та батька). Шевченко О.Т. підкреслює, що батьківське горе – завжди дуже сильна реакція. Унікальність батьківської туги за померлою дитиною полягає в тому, що разом з дитиною вони втрачають очікуваний потенціал цієї дитини. Це втрата надій батьків на дітей, втрата тих речей, які б могли відбутися. Якщо стався викидень або дитина народилася мертвою, батьки (особливо мати) можуть відчувати сильний смуток, гнів чи вину. Жінка може

звинувачувати себе за неправильну поведінку протягом вагітності, яка могла призвести до викидня, за надання переваги кар'єрі. Вона може звинувачувати чоловіка за надмірну сексуальну активність протягом вагітності або гніватися на нього за холодність і відсутність переживань. Якщо викидень стався при першій вагітності, жінка хвилюється, чи зможе вона взагалі мати дитину. Іноді батьки не можуть обговорювати таку втрату, якщо рідні не знали про вагітність. Смерть може вважатися особистою невдачею. Батьки можуть звинувачувати не тільки себе, а й інших (часто медичних працівників). Іноді горе може бути очікуваним, якщо стан дитини був відомий заздалегідь. Відбувається руйнування надій, які були пов'язані з народженням дитини. Амбівалентне ставлення до вагітності може посилювати горе. У випадках смерті новонародженого або немовляти горе посилюється прив'язаністю, яка вже сформувалася у батьків. Також на силу переживань впливає значущість вагітності (бажана чи ні, діагноз безпліддя в минулому, пізня вагітність). Одним з домінуючих почуттів є страх, що втрата негативно вплине на подружні стосунки, страх не стати батьками [9].

Перспективою подальшого роботи може бути вирішення таких завдань як: розробка програми психологічної допомоги сім'ям, які переживають **ПВ**, спираючись на сучасні досягнення психології та психотерапії; вивчення можливості проведення інформування та навчання медичного персоналу особливостям підтримки та поведінки з жінками, які переживають перинатальну втрату або ж мають таку в анамнезі.

Література

1. Волкан В., Зинглер Э. Способы разрешения горя: Адаптация и психотерапия // Журн. практ. психологии и психоанализа, 2006. - №3.
2. Добряков И.В., Колесников И.А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. СПб: Изд-во ИПТП., 2006. С. 156 — 159.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. - 272с.
4. Костерина Е.М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь //Журнал «Перинатальная психология и психология родительства» 2004 г. № 2, с. 94–107.
5. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. - Екатеринбург: Чароид, 2002.
6. Пушкарева Т.Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2002. - №4.
7. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя //Журнал практической психологии и психоанализа. - 2001. - №1-2.
8. Хегман Д. Роль Другого в горевании // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2002. - № 3.
9. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів: Навч. посібник. К.: Здоров'я, 2005. – 120 с.