

Психологічні аспекти роботи акушера-гінеколога у випадку перинатальних втрат (Клінічна лекція)

С.І. Жук, О.Д. Щуревська, А.О. Шляхтіна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведені сучасні підходи до ведення випадків перинатальних втрат з погляду психології. Розглянуто особливості і закономірності переживань жінки залежно від виду втрати. Описано загальні рекомендації щодо побудови діалогу лікар-пацієнтка і алгоритму дій на прикладі антенатальної загибелі плода.

Ключові слова: перинатальна втрата, вагітність, пологи, плід, антенатальна загибель плода, психологічний супровід.

Закономірною нормою відтворення будь-якого суспільства є народження живої дитини, тому невиношування вагітності і перинатальні втрати стають трагедією як для кожної окремо взятої сім'ї, так і для медичного персоналу, що безпосередньо надає допомогу в даному випадку. Тема перинатальних втрат є найбільш табуованою для обговорення, у тому числі і для лікарів. Але задля полегшення переживання цього горя, покращення якості надання медичної допомоги потрібне розроблення методичної літератури з цієї проблематики і запровадження відповідних стандартів.

З погляду перинатальної психології, до перинатальних втрат належать некурабельна безплідність, невдачі ДРТ, невиношування вагітності, випадки позаматкової вагітності, антенатальна і інтранатальна загибель плода, малокова смертність, а також смерть всиновленого немовляти. Тобто, не тільки для акушерів-гінекологів, а й для лікарів загальної практики-сімейної медицини, функціональної діагностики, неонатологів, педіатрів потрібні відповідні знання про те, як правильно вміти розмовляти з жінкою і її близькими в даній ситуації. Хоча практично всі лікарі зводять допомогу лише до безпосереднього виконання своєї роботи згідно з відповідним протоколом, не враховуючи психологічного статусу пацієнтки, уникають спілкування з нею або некоректно ведуть діалог, що надалі стає причиною ятрогенної і погіршення її стану. Саме у випадку перинатальної втрати функції медичного персоналу повинні бути дещо ширшими – не зводиться лише до виконання своїх виключно професійних обов'язків як лікаря-спеціаліста, а й бути лікарем-консультантом і просто звичайною людиною, розрадником. Тому потрібно знати специфіку переживань жінок у цій кризовій ситуації.

Відношення до вагітності і майбутньої дитини у більшості сімей починає формуватись ще на етапі її планування, тому і реакція на перинатальну втрату буде залежати від виду втрати і певних супутніх факторів – взаємовідносин в сім'ї, особистісних характеристик, типу відношення жінки до даної вагітності, терміну вагітності та ін. [1].

У I триместрі вагітності відбувається усвідомлення і прийняття вагітності, тобто ще відсутні конкретні відчуття присутності (наявності) дитини і уявлення її конкретного образу. Тому суб'єктивно жінка втрачає образ себе вагітною, очікуваного материнства, особливо увагу до себе, почуття єднання з плодом – «майбутнім життям», яке могло в її уяві вже мати статус дитини. Особливо важким для неї може виявитися поєднання не-

сподіванки, нерозуміння встановленого діагнозу, відсутності тіла, яке вона б бачила.

При цьому навіть якщо жінка суб'єктивно сприймає викидень як полегшення і вирішення проблеми, не можна випускати з виду, що на психофізіологічному рівні втрата вагітності завжди спричинює гормональну дестабілізацію, емоційні прояви якої не пов'язуються пацієнткою ні зі спонтанним і навіть навмисним перериванням вагітності.

У II і III триместрах вагітності жінка починає відчувати ворушення плода і має уявлення щодо зовнішнього вигляду дитини за даними УЗД. Вона вже інтерпретує настрій дитини за ворушеннями, своїми дотиками до живота, розмовляє з нею, може уявляти свою майбутню материнську роль, готується до появи нового члена сім'ї. У випадку перинатальної втрати на таких термінах дитина вже є реальною для матері, тому переживання є сильнішими.

При інтранатальній чи ранній неонатальній смерті переживання жінки пов'язані з сильним внутрішнім конфліктом, спричиненим тим фактом, що дитина могла народитися чи народилася живою, сучасна медицина оснащена найпотужнішими технологіями для виходжування, реанімації та штучної підтримки життя немовляти – і на тлі всього цього вона безсила (це може зумовити додаткове розчарування в лікарях), втратою тієї ролі матері, про яку жінка мріяла до пологів, втратою надії, майбутнього і ін.

При багатоплідній вагітності всі наведені вище закономірності аналогічні, проте їхнє становлення відбувається швидше, і «двійня» є особливим психологічним феноменом, при якому жінка уявляє собі ще й взаємовідносини між цими дітьми. Тому коли відбувається загибель одного з близнюків, виникають змішані почуття – болючі зміни уявлень про те, що вона «тепер мама однієї дитини, а не двох», а також необхідність одночасно сумувати за померлим і радіти появі живого новонародженого, виконуючи всі необхідні батьківські функції, включаючи позитивний емоційний контакт.

Перинатальна втрата на все життя залишиться особисто пережитою трагедією для жінки, і реакція на неї буде у всіх різною, проте G. Davidson (1984) описані певні закономірності, які мають періодизацію і стадійність. Вони є механізмом психологічного захисту, який поступово забезпечує адаптацію до стресової ситуації [2].

1-а стадія: шок і заціпеніння – перші два тижні після втрати. Проявляються максимальні вияви горя, при цьому жінка впадає в так званий стан шоку, зневіри і заперечення того, що сталося, «ступору», утруднення концентрації уваги, втрати орієнтації в часі, виникають низька чутливість до стимуляції, труднощі в оцінюванні ситуації, емоційних сплесках. Вона не може повірити в реальність того, що відбувається, знаходиться в стані заціпеніння і може створювати враження оглушеної чи сонної людини. При спілкуванні з пацієнткою медичному персоналу потрібно бути дуже обережним, оскільки, незважаючи на зовнішній вигляд, увага пацієнтки до всіх слів, які тим чи іншим чином можуть мати відношення до можливої причини того, що відбувається, надмірно загострена. Часто її

ЛАКТО™ – досягти гармонії легко і ВАРТО!

Лакто™ – комбінований пробіотик з доведеною ефективністю

www.lacto.ua

гнів спрямований на лікарів, які не зуміли запобігти смерті: «Вони допустили помилку!».

Особливої уваги заслуговують жінки у випадку антенатальної загибелі плода, оскільки їм потрібно пройти ще додаткові етапи: усвідомлення відсутності ворухінь плода, підтвердження даного діагнозу лікарем і інструментальними методами дослідження, підготовка до розродження (все це може займати досить багато часу), переживання відчуттів, пов'язаних з пологами і народженням завідомо мертвої дитини.

Ступінь переживань залежить від терміну вагітності. Ця стадія захищає жінку від травмуючого впливу реальності доти, доки вона не зможе з нею справлятися.

2-а стадія: пошук і туга – триває від 2 тиж до 3 міс. Думки про дитину, яка загинула, набувають домінуючого характеру. Факторами, що дестабілізують психічний стан, є речі і іграшки дітей раннього віку, діти і візочки на вулиці, дзвінки і зустрічі людей, які не знають про трагедію чи навпаки – настирливо співчують. Проти них, а також медичного персоналу, може також розвиватись почуття гніву. Починається пошук винних.

Типові переживання жінки в цей період – відчуття провини: «Що я зробила не так, чому не змогла виносити і вберегти дитину?» характеризується підвищеною чутливістю до стимуляції, гнівом, почуттям самотності, відчаєм і безглуздістю існування, дратівливістю, нетерплячістю й багатьма іншими фізичними та емоційними симптомами. Спостерігаються проблеми зі сном, апетитом, коливання маси тіла, головний біль, знесилення, тахікардія. Вона часто плаче, зітхає, відчуває дискомфорт в руках, часто несвідомо бере і носить предмети, які відповідають вазі дитини.

Після втрати дитини у другій половині вагітності деякі жінки – фантомні ворухінь плода, іноді відчувають афектогенні відчуття: скаржаться на плач дитини, відчувають її присутність в домі. Для багатьох характерно нав'язливе бажання завагітніти знову. Рідше виникає різко негативне відношення до можливості завагітніти знову, жінка не хоче вагітніти ніколи (childfree).

3-я стадія: дезорієнтація – від 5 до 9 міс після втрати. До жінки приходять відчуття реальності втрати. При цьому виникає чи загострюється відчуття провини, своєї неповноцінності, неспроможності. Часто після цього жінка прагне до соціальної ізоляції, приміряє на себе роль хворої: підвищується втома, погіршується пам'ять, знижується працездатність, може спостерігатись депресія, анорексія, коливання маси тіла, безсоння, з'являються думки про божевілля і ін.

4-а стадія: реорганізація – 1,5–2 роки після втрати. Відбувається поступове зникнення симптоматики, відновлюється емоційний і соціальний контакт з оточуючим світом. Характеризується почуттям звільнення, відчуттям нових сил, більш адекватним оцінюванням ситуації, стабілізацією режиму сну і харчування, підвищенням самоповаги і уваги до себе.

Дані стадії є умовними і можуть тривати від 6 міс до 2 років, проте необхідні для розуміння переживань жінки.

За кордоном основне навантаження по роботі з такими пацієнтками лягає на плечі середнього медичного персоналу і спеціалістів-консультантів. Проте профільні спеціалісти теж мають відповідні знання психологічної допомоги. У нашій країні практично відсутня будь-яка підготовка лікарів з цього питання, і тому навіть при наданні висококваліфікованої допомоги саме невміння спілкуватись може стати причиною судових позовів до них.

Попередження скарг і цивільних позовів. 10 обставин, яких слід уникати. Ніколи:

- 1) не потрібно звинувачувати жінку або сім'ю;
- 2) не потрібно намагатись довести свою невинність;

3) не потрібно намагатись ухилитися від запитань;

4) не потрібно давати інформацію, щодо якої немає повної впевненості,

5) не потрібно надавати невідповідну або суперечливу інформацію;

6) не потрібно брехати жінці чи сім'ї;

7) не потрібно спрямовувати за відповідями до кого-небудь ще;

8) не потрібно відкладати допомогу, яку можна надати невідкладно;

9) не потрібно уникати родичів матері;

10) не можна відмовляти жінці чи сім'ї в їхніх проханнях.

Описані універсальні рекомендації для медичного персоналу щодо побудови своєї розмови з пацієнткою [3]. Необхідно говорити: «Я співчую», «Я б хотів, щоб все закінчилось інакше», «Я не знаю, що сказати», «Мені сумно», «Я співчую вам», «Чи є у вас запитання?», «Ми можемо про це поговорити пізніше».

Необхідно використовувати простий стиль мовлення, вислуховувати батьків, чесно відповідати на запитання, не приховувати емоції, торкатися дитини.

Не можна говорити: «Так краще», «Могло бути гірше», «У вас ще можуть бути діти», «Час лікує», «Добре, що дитина померла, поки ви не звикли до неї».

Не потрібно використовувати медичну термінологію, сперечатися з батьками, уникати запитань, відмовчуватися.

Інформація, яка надається батькам, повинна бути: *правдивою* – персонал повинен надавати достовірну інформацію; *зрозумілою* – батьки не мають спеціальної медичної освіти, тому з ними потрібно розмовляти зрозумілою їм мовою; *своєчасною* – інформацію потрібно надавати тоді, коли батьки готові її почути; *оптимальною за об'ємом* – дефіцит інформації не дає можливості знайти відповіді на запитання, а надлишок породжує нові запитання; *конфіденційною* – необхідно забезпечити приватність (конфіденційність) при розмові про дитину [4].

Ці описані вище рекомендації стосуються лише одного з аспектів мовного спілкування – слів, які ми говоримо пацієнтці чи членам її сім'ї. Але слова дають лише 9% інформації, інтонація – 36%, темп мовлення, міміка, жестикуляція разом становлять 55%. Тобто найбільшого значення має невербальне спілкування – комунікативна безсловесна взаємодія між людьми (передача інформації чи впливу одне на одного) за допомогою інтонації, жестів, так звана «мова тіла» [5].

Невербальне спілкування є інтернаціональним, однаковим для всіх націй, віку, мов і культури і є фізіологічною реакцією на зовнішній подразник. Тому, якщо лікар говорить слова співчуття, але в цей час нахмурений, дивиться з-під лоба, кривить губи – це сприймається співрозмовником як конфліктний настрій. Навіть положення рук дає певну інформацію про людину, яка щось розповідає. Наприклад, є жести прихованості і неправди (рука прикриває рот, погляд, спрямований в бік, ноги і все тіло направлені до виходу, відводить очі, потирає чи торкається носа, очей, вух вказівним пальцем), оборонні (стиснені в кулаки, схрещені на грудях руки), нервозності (покашлювання, руки поставлені на стіл, як піраміда, вершина якої – кисті рук, посмикування себе за кінчик вуха), відкриті (розкриті долонями вгору руки, руки і ноги не перехрещені) та ін.

Контролювати свою невербальну поведінку людині досить важко, і навіть акторів і агентів спецслужб роками навчають «мові тіла» і контролю над своїми емоціями. Для медичного персоналу така підготовка не проводиться, хоча лікарі теж можуть намагатись коригувати свої жести: за небажання дивитися в очі можна дивитися на перенісся (співрозмовник буде сприймати

ЛАКТО™ – досягти гармонії легко і ВАРТО!

Лакто™ – комбінований пробіотик з доведеною ефективністю

www.lacto.ua

це як погляд в очі), для запобігання схрещування рук (закрита поза) щось в них взяти, наприклад журнал, можна торкатися дитини та ін.

Медичному персоналу завжди важко спілкуватися з жінкою, яка втратила дитину. Частіше за все він або взагалі уникає спілкування, або приховує свої емоції, стан провини чи пригніченості, демонструє спокій і байдужість або навіть задля свого захисту – і грубість. Але для жінки є занадто важливим в даній ситуації бачити, що оточуючі її люди співчують їй, підтримують або відчують те, що і вона. У даній ситуації не обов'язково шукати слова, іноді краще мовчати і дати можливість виворитись жінці, простими своїми діями, наприклад дотиком чи легким стисканням руки можна сказати більше [6].

У кожному випадку до пацієнтів потрібен індивідуальний підхід, проте можна запропонувати загальний алгоритм дій (на прикладі антенатальної загибелі плода):

1. Установлення та підтвердження діагнозу – в доступній формі пояснити жінці про відсутність серцебиття у внутрішньо-утробного плода, підтверджуючи це за допомогою інструментальних методів дослідження (бажано УЗД з візуалізацією для пацієнтки). Будь-які коментарі, пов'язані з можливою причиною, потрібно висловлювати обережно, адже вони сприймаються з підвищеною увагою і можуть надалі використовуватись як контраргумент. Бажано розмовляти тактично, зі співчуттям.

2. Консультування і підготовка до пологів – потрібне детальне інформування щодо методів обстеження і підготовки до розродження, варіантів можливих втручань і процедур в пологах. Потрібно бути готовим до емоційних сплесків з боку пацієнтки і її близьких, з розумінням ставитися до її побажань, наприклад вимоги підтвердження факту загибелі плода за допомогою повторних чи додаткових методів дослідження. Спільна робота психолога і медичного персоналу допомагає жінці настроїтися

Психологические аспекты работы акушера-гинеколога в случае перинатальных потерь (Клиническая лекция)

С.И. Жук, О.Д. Щуревская, А.А. Шляхтина

В статье приведены современные подходы к ведению случаев перинатальных потерь с точки зрения психологии. Рассмотрены особенности и закономерности переживаний женщины в зависимости от вида потери. Описаны общие рекомендации относительно построения диалога врач-пациентка и алгоритма действий на примере антенатальной гибели плода.

Ключевые слова: перинатальная потеря, беременность, роды, плод, антенатальная гибель плода, психологическое сопровождение.

на майбутні пологи, дає їй відчуття спроможності і можливості перебувати в контакт з акушерками у процесі пологів.

3. Розродження – максимально дбайливе, в присутності близької людини (партнер) з адекватним знеболюванням. Обов'язково виявляти підтримку з можливими короткими позитивними формулюваннями: «Ти впораєшся», «У тебе все вийде», «Все буде добре» та ін. Після народження дитини обов'язково запропонувати пацієнтці подивитися на неї як для підтвердження реальності її існування і завершення переживань, пов'язаних з даною вагітністю, так і попередження можливих сумнівів щодо правильності встановленого діагнозу і юридичного переслідування лікарів в подальшому (особливо в тому випадку, якщо у жінки є сумніви стосовно наявності можливих порушень плода, за які вона може сприймати перистальтику кишечника).

4. Забезпечити повноцінний післяпологовий догляд за жінкою, за необхідності – за участі психолога. Проінформувати решту персоналу, що забезпечує догляд за жінкою, щодо її діагнозу і стану, щоб запобігти некоректних дій або висловлювань, які можуть мати психотравмуючий вплив. За відсутності медичних протипоказань потрібно випустити пацієнтку зі стаціонару. Якщо це неможливо, дозволити родичам залишатися в палаті протягом першої ночі, забезпечити відповідну консультаційну підтримку протягом перебування жінки в стаціонарі.

5. Зробити розтин і повідомити результати батькам.

6. Вирішити питання щодо захоронення (кремації дитини).

7. Не потрібно заохочувати нову вагітність доти, доки не пройде достатньо часу, щоб батьки могли оплакати втрату дитини.

Отже, питання психологічного супроводу перинатальних втрат є актуальним у роботі акушерів-гінекологів, що потребує розроблення спеціальних рекомендацій і обов'язкового включення в програму підготовки спеціалістів цього напрямку.

Perinatal loss – psychological aspects of the obstetricians and gynecologists work (clinical lecture)

S.I. Zhuk, O.D. Shchurevska, A.A. Shlyahytina

The article presents current approaches to case management of perinatal loss in the terms of psychology. The features and patterns of experiences of women, depending on the type of loss. The general guidelines regarding the construction of the physician-patient dialogue and algorithm of actions by the example of antenatal fetal death are described.

Key words: perinatal loss, pregnancy, childbirth, the fetus, fetal death, psychological support.

Сведения об авторах

Жук Светлана Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: fetalmedic@ukr.net

Щуревская Оксана Дмитриевна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: oxanalikar@mail.ru

Шляхтина Анастасия Александровна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода НМАПО имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: a.shluakhtina@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Михайлов А.В. Психология перинатальной утраты: не навреди / А.В. Михайлов, Ю.В. Заманаева. // Status Praesens. – 2015. – № 6. – С. 105–150.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб: Питер, 2010. – 272 с.

3. Добряков В.И. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи / В.И. Добряков, М.Е. Блох, Л.М. Фаерберг. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – № 3. – С. 4–10.

4. Володин Н.Н. Перинатальная психология и психиатрия / Н.Н. Володин, П.И. Сидорова. – М.: Академия, 2009. – 304 с.
5. Ковальский П.А. Невербальные аспекты в работе врача: как читать жесты и мимику пациента? / П.А. Коваль-

ский. // Здоров'я України. – 2016. – № 13. – С. 46–47.
6. Костерина Е.М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь / Е.М. Костерина. // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2011. – № 3. – С. 84–98.

Статья поступила в редакцию 09.02.17

ЛАКТО™ – досягти гармонії легко і ВАРТО!

Лакто™ – комбінований пробіотик з доведеною ефективністю

www.lacto.ua

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ**(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)**

1. До перинатальних втрат, з погляду перинатальної психології, належить все, крім:

- Антенатальної загибелі плода
- Інтранатальної загибелі плода
- Ранньої неонатальної загибелі плода
- Народження дитини з вродженими вадами
- Некурабельної безплідності.

2. При перинатальній втраті консультування пацієнтки проводить:

- Акушер-гінеколог
- Психолог
- Психотерапевт
- Усі відповіді правильні.

3. Переживання перинатальної втрати жінкою включає:

- 3 стадії
- 4 стадії
- 5 стадій
- 6 стадій
- 7 стадій.

4. 1-а стадія переживання перинатальної втрати жінкою називається:

- Дезорганізація
- Шок і заціпеніння
- Пошук і туга
- Організація
- Реорганізація.

5. 2-а стадія переживання перинатальної втрати жінкою називається:

- Дезорганізація
- Шок і заціпеніння
- Пошук і туга
- Організація
- Реорганізація.

6. 3-я стадія переживання перинатальної втрати жінкою називається:

- Дезорганізація
- Шок і заціпеніння
- Пошук і туга
- Організація
- Реорганізація.

7. 4-а стадія переживання перинатальної втрати жінкою називається:

- Дезорганізація
- Шок і заціпеніння
- Пошук і туга
- Організація
- Реорганізація.

8. Повний цикл переживань, пов'язаних з перинатальною втратою, для жінки триває:

- 3 міс
- Півроку

- 8 міс
- Рік
- 18–24 міс.

9. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати потрібно:

- Використовувати простий стиль мовлення
- Не давати їм можливості висловитися
- Приховувати інформацію
- Надавати протирічну інформацію
- Розмовляти голосно і самовпевнено.

10. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати потрібно:

- Не давати їм можливості висловитися
- Не приховувати емоцій
- Приховувати інформацію
- Надавати протирічну інформацію
- Розмовляти голосно і самовпевнено.

11. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати потрібно:

- Надавати протирічну інформацію
- Не давати їм можливості висловитися
- Приховувати інформацію
- Торкатися дитини
- Розмовляти голосно і самовпевнено.

12. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати не потрібно:

- Використовувати медичну термінологію
- Вислуховувати батьків
- Чесно відповідати на запитання
- Не приховувати емоцій
- Торкатися дитини.

13. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати не потрібно:

- Використовувати медичну термінологію
- Вислуховувати батьків
- Не приховувати емоцій
- Уникати запитань
- Торкатися дитини.

14. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати не потрібно:

- Використовувати медичну термінологію
- Вислуховувати батьків
- Відмовчуватися
- Не приховувати емоцій
- Торкатися дитини.

15. При спілкуванні з батьками у випадку перинатальної втрати не потрібно:

- Використовувати медичну термінологію
- Сперечатися з батьками
- Чесно відповідати на запитання
- Не приховувати емоцій
- Торкатися дитини.

ЛАКТО™ – досягти гармонії легко і ВАРТО!

Лакто™ – комбінований пробіотик з доведеною ефективністю

www.lacto.ua