

УДК 159.9

СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЖЕНЩИН С ИСТОРИЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ

Е. А. Петражицкая
Республика Беларусь, г. Минск,
Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка
Rok-sunna@yandex.by

В статье описываются особенности субъективной картины жизненного пути женщин в ситуации перинатальной потери, рассматриваемой в качестве кризисного события, в рамках которого происходит трансформация образов прошлого, настоящего и будущего. Подчеркивается значимость восстановления непрерывности восприятия жизни и восстановления утраченных смыслов в ситуации совладания с перинатальной утратой.

Обращение к вопросу о том, что такое время, как оно воспринимается человеком, как оказывает влияние на его жизнь и, наоборот, как сама жизнь человека оказывает влияние на восприятие им времени, продолжает оставаться актуальным и необходимым. Время человеческой жизни формирует и выстраивает весь внутренний мир личности (Абульханова К.А., 2001).

В своем исследовании мы обращаемся к событийно-биографическому подходу, в котором отношение человека ко времени собственной жизни рассматривается в рамках понятия жизненного пути. Под последним понимается индивидуальная история личности, где основной единицей измерения выступает жизненное событие как явление субъективного плана, наполненное личностно-значимым смыслом, находящееся во взаимосвязи с другими жизненными событиями (Ш. Бюлер, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова, Т.Н. Березина, Е.И. Головаха, А.А. Кроник, Н. А. Логинова).

Каждый индивид проявляет себя в понимании событий своего жизненного пути, при этом часто отмечается взаимосвязь его субъективного состояния с представлениями о времени собственной жизни. Наиболее очевидно трансформация внутренней картины жизненного пути наблюдается при столкновении личности с кризисными событиями (Л.Ф. Бурлачук, К. Муздыбаев, О.Н. Арестова, Н.В. Тарабрина, Т.Д. Василенко, Л.А. Пузырева). В свою очередь, нарушение временной перспективы может оказывать воздействие на способность личности совладать с трудными жизненными ситуациями.

К кризисным событиям, несомненно, относятся и события, связанные с утратой, в том числе и перинатальной утратой. Под последней понимается гибель плода на различных стадиях беременности, во время родов или смерть новорожденного в возрасте до 28 суток после рождения (Костерина Е.М., 2004).

В ситуации перинатальной потери протекание горя будет во многом похоже на тяжелое горе как в случае утраты значимого другого. Сразу после утраты семья будет находиться в шоковом состоянии и ощущении нереальности происходящего, затем появятся гнев и раздражительность, горе, печаль и тоска по ребенку, поиск причин перинатальной потери, разочарование в жизни и чувство бессилия. Перинатальная потеря, также, как и любая другая утрата, может иметь долгосрочные психологические последствия, особенно в случае ненормативного протекания горя (Armstrong D. S., 2009, Mander R., 2006). По результатам многих исследований обнаружилась взаимосвязь перинатальной потери с последующими депрессивными эпизодами (Armstrong D. S., 2009, Callister L. C., 2006, Morrison D., 2006, Murlikiewicz M., 2012). Из-за травматичности и неожиданности перинатальной потери женщины могут быть подвержены повышенному риску возникновения посттравматического стрессового расстройства (Mander R., 2006).

Также следует упомянуть, что горе в случае перинатальной потери может осложняться в связи с наличием многих специфических обстоятельств, сопровождающих такую утрату (Петражицкая Е.А., 2014): невозможность обратиться к совместно с ребенком прошлому, невозможности совершить траурные церемонии, атмосфера секретности, неадекватные комментарии окружающих по поводу потери.

В случае перинатальной утраты изменяется физическое и физиологическое состояние женщины, изменяется внутреннее ощущение себя в мире и отношение к себе. Кризис перинатальной потери затрагивает и экзистенциальные основы существования, может появляться чувство нереализованности, ощущение непредсказуемости и неопределенности мира, возникают мысли о бесперспективности, когда собственное будущее и даже мечты о нем кажутся безнадежными и бессмысленными (Петражицкая Е.А., 2014).

Целью представленного исследования является изучение субъективной картины жизненного пути женщин с историей перинатальной потери. Была выдвинута гипотеза о том, что у женщин, сталкивающихся с ситуацией перинатальной потери, и у женщин, не сталкивающихся с такой проблемой, субъективная картина жизненного пути будет иметь различия. В исследовании приняли участие женщины в воз-

расте от 23 до 40 лет, количество которых составило 80 человек, из них, 46 женщин, имеющих историю перинатальной утраты.

Для изучения субъективной картины жизненного пути была использована методика «Психологическая автобиография» (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998). С целью исследования интуитивного представления о времени собственной жизни была использована методика «Семантический дифференциал времени» (Вассерман Л.И. с соавт., 2009). Для исследования психологического благополучия, понимаемого нами в рамках эвдемонистического подхода, мы обратились к методикам: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (в ад. Н.Н. Лепешинского), методика «САН», «Шкала депрессии» А. Бека, «Шкала оценки влияния травматического события» М. J. Horowitz, N. Wilner.

Чтобы определить взаимосвязь психологического благополучия и субъективной картины жизненного пути у женщин с историей перинатальной потери, нами была использована корреляции Спирмена.

На основе полученных результатов, можно сделать вывод, что отношение к **прошлому**, как более радостному и эмоционально приятному периоду жизни («самопринятие» $r=0,39$), относительно структурированному и понятному («автономия», $r=0,41$, «управление окружением» $r=0,36$), наполненному множеством приятных событий ($r=0,38$, «личностный рост» $r=0,37$, «цели в жизни» $r=0,36$, «самопринятие» $r=0,3$) связано с тем, насколько женщина позитивно относится к себе, принимает себя и свое прошлое, а также с тем, насколько она умеет управлять и организовывать свое окружение и внешнюю деятельность, способна самостоятельно оценивать себя и свою жизнь. Также, когда женщина имеет доверительные отношения с окружающими, способна сопереживать и заботиться о других, она оценивает свою прошлую жизнь более насыщенной и принимает ее вместе с радостными и не очень событиями ($r=0,35$, $r=0,36$). Однако, когда преобладает состояние физиологического возбуждения как результат травмирующего события, наоборот, прошлое воспримется как печальное, тусклое ($r=-0,35$), бессистемное и непонятное ($r=-0,31$), наполненное в основном грустными событиями ($r=-0,39$).

Чем лучше настроение и самочувствие женщины, перенесшей перинатальную утрату, тем больше ее **настоящее** понимается как активный, стремительный, эмоционально приятный и спокойный период времени. Точно также и переживание психологического благополучия связано с более позитивным восприятием настоящего, как радостного ($r=0,41$, «личностный рост» $r=0,31$, «цели в жизни» $r=0,34$, «самопринятие» $r=0,29$), реального и ощущаемого ($r=0,39$, «цели в жизни» $r=0,5$, «самопринятие» $r=0,33$), понятного и структурированного ($r=0,48$, «управление окружением» $r=0,34$, «личностный рост» $r=0,36$, «цели в жизни» $r=0,41$, «самопринятие» $r=0,43$), стремительного и активного ($r=0,38$, с личностным ростом $r=0,4$, целями в жизни $r=0,4$ и самопринятием $r=0,3$), относительно большого и длительного («цели в жизни» $r=0,37$, «самопринятие» $r=0,29$) промежутка времени. В частности, значение имеет то, насколько женщина принимает себя, имеет намерения и цели на всю жизнь, открыта новому опыту и стремиться к самореализации, способна эффектив-

но управлять собственным окружением. И, напротив, в ситуации депрессии ($r=-0,58$), сниженного настроения ($r=-0,45$) и самочувствия ($r=-0,42$), а также при преобладании симптомов ПТСР ($r=-0,37$), таких как физиологическое возбуждение ($r=-0,35$) и вторжение ($r=-0,38$), настоящее воспринимается как пассивное, пустое, печальное и тревожное, непонятное, прерывистое, и нереальное.

Более позитивное восприятие **будущего** также связано с психологическим благополучием ($r=0,37$), самопринятием ($r=0,37$), целеустремленностью ($r=0,36$) и личностным ростом ($r=0,35$). Когда женщина стремится к самореализации, видит перспективные цели и смысл своей жизни, принимает себя такой, какая она есть, то и будущий период времени воспринимается ею как более структурированный и понятный ($r=0,32$, «личностный рост» $r=0,3$, «цели в жизни» $r=0,39$), радостный и яркий ($r=0,3$, «личностный рост» $r=0,29$, «цели в жизни» $r=0,36$, «самопринятие» $r=0,33$), наполненный множеством приятных событий («цели в жизни» $r=0,35$). Но в состоянии депрессии ($r=-0,33$) и ПТСР (симптомы вторжения) («эмоциональность будущего» $r=-0,32$, «структурированность будущего» $r=-0,31$) будущее таковым воспринимается в меньшей степени.

Для проверки выдвинутой гипотезы с помощью критерия Манна-Уитни было проведено сравнение субъективной картины жизненного пути женщин, перенесших перинатальную утрату, и женщин, не сталкивающихся с ней.

Полученные данные демонстрируют, что у женщин, переживших перинатальную потерю, настроение ($p=0,000$, $p<0,05$), самочувствие ($p=0,001$, $p<0,05$) являются более сниженными, а состояние депрессии ($p=0,000$, $p<0,05$) и ПТСР ($p=0,013$, $p<0,05$), наоборот, встречаются чаще.

Отношение ко времени собственной жизни также имеет различия. Так, в ситуации перинатальной потери, *настоящее* ($p=0,000$, $p<0,05$) воспринимается более пессимистичным, тревожным ($p=0,000$, $p<0,05$), пустым, пассивным ($p=0,003$, $p<0,05$) и нереальным ($p=0,001$, $p<0,05$). Также и *будущее* ($p=0,000$, $p<0,05$) кажется менее радостным и ярким ($p=0,001$, $p<0,05$), менее структурированным и понятным ($p=0,003$, $p<0,05$), небольшим и незначительным ($p=0,000$, $p<0,05$), далеким и нереальным ($p=0,001$, $p<0,05$) периодом жизни. Количество и вес грустных событий в прошлом у женщин, перенесших перинатальную утрату, преобладает ($p=0,000$, $p<0,05$; $p=0,000$, $p<0,05$), а значимость и величина радостных событий в будущем, наоборот, снижена ($p=0,011$, $p<0,05$).

Также можно отметить, что женщины, пережившие перинатальную потерю, называют больше жизненных событий, связанных с детьми ($p=0,000$, $p<0,05$) и здоровьем ($p=0,000$, $p<0,05$), но меньше событий, связанных с учебой ($p=0,004$, $p<0,05$).

Выводы.

Таким образом, можно говорить о том, что субъективная картина жизненного пути у женщин с историей перинатальной потери имеет свои особенности. Так, у них преобладают негативные эмоции и чувства относительно собственного настоящего и будущего, неудовлетворенность жизненными обстоятельствами, пессимис-

тичность, что во многом связано с их актуальным состоянием сниженного настроения, подавленности, тревожности и депрессивности. Происходит потеря ощущения личностной значимости происходящего, отсутствует вовлеченность в протекающие в настоящий период времени события, а также в прогнозируемые на будущее. Переживается инертность и статичность внутренней жизни. В ситуации перинатальной потери происходит сужение жизненной перспективы и возрастает чувство безнадежности. Будущее представляется труднопрогнозируемым и неподконтрольным.

Поэтому на наш взгляд, для эффективного совладания в ситуации перинатальной потери будет полезно заново выстроить временную перспективу, восполнить утраченные смыслы, восстановить непрерывность восприятия жизни.

В первую очередь необходимо сконцентрироваться на прошлом, ситуации добеременности, процессу беременности, всему тому, что происходило тогда, какие ожидания, мысли и чувства возникали в этот период. Также необходимо обратиться к реконструкции воспоминаний о событии самой перинатальной потери, интегрировать травму в личную историю женщины. Важно помочь восполнить, а где-то и создать совместное прошлое с ребенком.

Затем можно перейти к обсуждению настоящего времени, как моменту завершения кризисного события: что женщина чувствует, о чем думает, и что ей хочется делать, что сейчас происходит в семье, во взаимоотношениях с другими людьми. Здесь происходит восстановление связи между реальным временем и временем травмы, восстановление прерванной жизнедеятельности. Именно в настоящем она может совершить все необходимые ей траурные церемонии, которые возможно будут понятны только ей одной. При этом необходимо увеличивать способность к осознанию возможности влиять на свою жизнь вместе с принятием факта неопределенности жизни, осознанию возможности овладения ситуацией, в которой ранее женщина испытывала бессилие и беспомощность.

Процесс же восстановления будет двигаться в правильном направлении, когда женщина окажется способной испытывать удовольствие от настоящего и начать планировать свою будущую жизнь, надеяться, мечтать. Здесь необходимо обращаться к образам желанного, счастливого, оптимистичного будущего и новым надеждам. Необходимо также обращаться к осмыслению самой перинатальной потери, поиску ее значения, смысловому завершению кризисного события.



Список литературы

1. Абульханова К.А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. – СПб: Алетей, 2001. – 304 с.
2. Бурлачук, Л.Ф. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
3. Вассерман, Л.И. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, К.Р. Червинская // СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009. – 43 с.

4. Костерина Е.М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь // Перинатальная психология и психология родительства. 2004. № 2. С. 94 – 107
5. Петражицкая Е.А. Перинатальная потеря как кризисное событие // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сб. науч. статей III Международной научно-практической конференции / Под ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток: Морской государственный университет, 2014. – С. 59-63.
6. Armstrong D. S. The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents' Psychological Distress After the Birth of a Subsequent Healthy Infant / D.S. Armstrong, M.H. Hutti, J. Myers// JOGNN. – 2009. – vol. 38. – P. 654-666.
7. Callister L.C. Perinatal Loss: A Family Perspective / L.C. Callister // Perinat Neonat Nurs. – 2006.– Vol. 20. No. 3. – pp. 227–234.
8. Mander R. Loss and Bereavement in Childbearing / R. Mander. – Madison Avenue, New York, 2006. – P. 256.
9. Morrison D. Dealing with fetal demise / D.Morrison // Canadian society of diagnostic medical sonographers, annual meeting, charlotte town, P.E.I., – May 13, 2006, – pp. 1-20.
10. Murlikiewicz M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage / M. Murlikiewicz, P. Sieroszewski// Archives of Perinatal Medicine. – 2012.– Vol. 18(3).– pp. 157-162.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ