

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ИСТОРИЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ

**С**реди множества кризисных событий, встречающихся на жизненном пути женщины, можно выделить событие перинатальной утраты, с которой, согласно мировой статистике, сталкивается каждая пятая мама [7; 10; 14]. К перинатальной утрате относится гибель плода во время беременности, в процессе рождения или в первые 28 суток после рождения [2]. Последствия такой утраты отражаются как на самой женщине, так и на всей семейной системе. Особенно заметно в ситуации перинатальной потери происходит трансформация представлений о себе и об окружающем мире, а также трансформация и разрушение временной перспективы личности.

Нами было проведено исследование, целью которого стало изучение временной перспективы в субъективной картине жизненного пути женщин с историей перинатальной потери. Первоначально на предложение участия в исследовании откликнулись 70 женщин с историей перинатальной потери, однако только 48 женщин согласились принять участие в основном исследовании (34 с гестационным сроком потери до 22-й недели; 13 женщин со сроком потери после 22-й недели). Контрольную выборку составили 54 женщины без истории перинатальной потери.



**Елена  
Александровна  
ПЕТРАЖИЦКАЯ,**

*преподаватель кафедры  
социальной и семейной  
психологии  
БГПУ им. Максима Танка*

## СОЦИАЛЬНАЯ СЕТЬ ПОДДЕРЖКИ

Одним из специфических обстоятельств, сопровождающих перинатальную потерю, является частое непризнание как ближайшим социальным окружением, так и обществом в целом, реальности личности ребенка и значимости его утраты. Как следствие, женщина оказывается в своеобразной социальной изоляции, избегает прежних контактов, особенно болезненным становится для нее взаимодействие с беременными и молодыми матерями. Иногда в ситуации перинатальной потери нарушаются и взаимоотношения в паре. В то же время социальная сеть поддержки горящей женщины в случае перинатальной утраты является одним из основных факторов, оказывающих влияние на возможность эффективного совладания с горем [5; 11].

В нашем исследовании можно увидеть, что благоприятное и желательное взаимодействие с другими людьми встречалось у 66 % женщин с историей перинатальной потери, 34 % женщин сообщали о негативном и неприятном социальном взаимодействии, при этом 16 % женщин утверждали, что при обращении за помощью и поддержкой они по факту ее не получили. Значимой и благоприятной для женщин с историей перинатальной потери оказалась возможность осуществления двунаправленной социальной поддержки: получение поддержки от женщин с опытом перинатальной потери, а также собственная помощь другим женщинам, потерявшим своего ребенка (23 %).

Среди источников позитивной и благоприятной социальной поддержки наиболее часто назывались супруг/партнер (79 %), друзья, в основном подруги (60 %), медицинский персонал (33 %). Также встречались следующие источники: родительская семья (23 %); коллеги (15 %); частный психолог (12 %); семья супруга (8 %); различные организации и их руководители (2 %). О том, что справиться с потерей помогли собственные дети и уход за ними, сообщили 32 % женщин. О позитивном воздействии религии и веры в ситуации перинатальной потери говорили 15 % женщин. Только 4 % матерей сообщили о неприятном и нежелательном обращении к религиозным вопросам.

Среди источников негативного и неприятного социального взаимодействия для женщин, понесших перинатальную утрату, на первом месте находится медицинский персонал (41 %), где 35 % составляют доктора-гинекологи, от которых ожидалось хотя бы небольшое проявление искреннего сочувствия и, главное, этичное предоставление исчерпывающей информации о причинах перинатальной потери и ее дальнейших последствиях. Также среди негативных источников социального взаимодействия встречаются следующие: родительская семья (37 %), из них —

мама (20 %); супруг/партнер (21 %); друзья (19 %); члены родительской семьи мужа (13 %). Назывались также: коллеги (4 %) и психолог медицинского учреждения (2 %).

С точки зрения неблагоприятного социального взаимодействия с другими людьми женщины, потерявшие нерожденного ребенка, сообщали о следующих неприятных комментариях (частота в порядке убывания):

- снижение значимости и уместности горя родителей («Сколько уже можно горевать, там ведь еще и не было ребенка»; «Что ты реवेशь, все рано или поздно умирают»; «Успокойся, надо скорее об этом забыть»; «Все через это проходят», «Хватит плакать», «Хватит страдать»);
- комментарии непризнания реальности и значимости потери («Сделаете еще одного»; «Молодая, еще родишь»; «Там ничего еще и не было», «Все через это проходят»);
- рационализация смерти, в том числе с точки зрения религиозных убеждений («Все, что случилось, — к лучшему»; «Так бывает, наверное, плод был с генетическими нарушениями», «Значит, ребенок был нездоровым»; «Может, и не нужен вам ребенок»);
- обвинения и осуждения («В произошедшем виновата только ты»; «Женщина, которая хочет ребенка, не станет терпеть до последнего»; «Она сделала аборт»);
- банальности («Время лечит»; «У тебя же уже есть дети»; «Все к лучшему», «Все умрут»);
- неконструктивные и неискренние сожаления («Бедненькая моя», «Какая ты несчастная»);
- отсутствие достоверных объяснений и информации о потере со стороны медицинского персонала («Все будет написано в экспертизе»);

- игнорирование темы перинатальной утраты и горя женщины;
- и наоборот, чрезмерное любопытство и постоянные вопросы о перинатальной потере, особенно со стороны малознакомых людей.

Если говорить об изменениях в отношениях с супругом/партнером, то 65 % женщин сообщили об отсутствии каких-либо изменений. У 6 % отношения с партнером ухудшились, у 8 % отношения распались. Однако 21 % женщин говорили об улучшении взаимоотношений, развитии доверия, взаимопонимания и интимности между супругами. Несмотря на то, что многие женщины отмечали наличие различий в проявлении эмоций и непонимании со стороны супруга, в то же время они часто подчеркивали, что именно супруг/партнер становился для них наиболее близким источником социальной поддержки и активным помощником в решении практических вопросов.

## ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Одним из самых заметных и значимых, на наш взгляд, последствий перинатальной потери представляется искажение образа субъективной картины жизненного пути во временном аспекте [2]. Непосредственным следствием травмы перинатальной потери, как и любой другой травмы, будет переживание ощущения обеднения отношений с миром, утраты его понимания, утраты себя и своего будущего; представление женщины о самой себе распадается на две временные части: «я — до перинатальной утраты» и «я — после утраты». В ситуации потери желанного ребенка, что само по себе не воспринимается как естественное и нормальное событие, появляется переживание ужаса и других невыносимых чувств, сковывающих все существование женщины, стираются витальное соотнесение себя со своей жизненной историей и чувство времени, из-за чего травма постоянно пребывает в настоящем [1].

## ПРОШЛОЕ

Женщина, имеющая опыт утраты неродившегося ребенка, себя в прошлом воспринимает как более активную и менее напряженную. По сравнению с настоящим периодом жизни, прошлое выглядит более ясным и красочным. Однако в то же время оно представляется тревожным и пугающим. Несмотря на то, что прошлое описывается как относительно далекий период жизни, в плане эмоциональных переживаний оно воспринимается как более реальный, осязаемый период жизни. Женщины, потерявшие нерожденного ребенка, прошлое видится наполненным в большей степени неудачами и негативными жизненными событиями (67 %), в первую очередь связанными с ситуацией самой перинатальной утраты, а также с ее последствиями для здоровья женщины, особенно при сравнении своего жизненного пути с жизнью других людей.

Сам момент перинатальной потери в когнитивном плане вспоминается как полное недоверие к происходящему, сопровождаемому ощущением нереальности. Также отмечается полное отсутствие каких-либо мыслей. В тот же момент появляются первые идеи, связанные с возможным восприятием женщины со стороны других людей как «дефектной» и «ненормальной», ее возможным осуждением со стороны социума. Вследствие чего женщина стремится к своеобразной изоляции. Переживание течения времени в самой ситуации перинатальной потери растягивается, и у женщины возникает желание скорейшего выхода из нее, возвращения к прежнему эмоциональному и физическому состоянию.

В момент утраты в эмоциональном плане женщина переживает шок; отчаяние, безнадежность, пустоту и разочарование; глубокое чувство собственной вины за происходящее; страх и ужас, в том числе связанный и со страхом собственной смерти, и со страхом никогда больше не иметь детей. Женщина в си-

туации перинатальной потери переживает жалость к себе, к своему ребенку. Отмечает свою беспомощность, а также покинутость и одиночество. Начинает ненавидеть себя и свое тело, испытывает стыд. В то же время она может испытывать чувство гнева на несправедливость утраты, обвинять других людей, в частности, медицинский персонал.

Следует также описать физические ощущения, которые в ситуации перинатальной потери имеют очень ярко выраженную окраску. Женщины подчеркивают болезненность медицинского вмешательства. Переживание нереальности происходящего проявляется в ощущении «пелены перед глазами», «отсутствия света», «тумана». Большому физическому воздействию и боли подвергается область живота женщины (как будто «внутри что-то оторвали», «там дыра», «все сжимается»). Отмечается невозможность контроля над собственным телом, связанная с переживаниями «прикованности», «придавленности», сильной слабости, «ватных ног» и «трясущихся рук». Затрудняются дыхание (чувствуют, будто задыхаются) и речь («ком в горле»). Возникают проблемы со сном: у одних появляется непреодолимое желание спать, у других — бессонница, несмотря на желание заснуть. Стоит также отметить возможное появление галлюцинаций, таких, как, например, плач умершего ребенка.

### НАСТОЯЩЕЕ

Актуальный период времени женщинами, потерявшими нерожденного ребенка, описывается как пассивный и одновременно с этим напряженный. Можно говорить о спутанности краткосрочных целей, отсутствии реального желания их достижения. Время воспринимается как неплотное, события и ситуации настоящего растянуты, далеки друг от друга или редко воспринимаются как события. При этом между ними отсутствуют границы, сложно сформировать понимание, где заканчивается одна ситуация и начинается другая.

Настоящее — также во многом тревожный, грустный, непонятный и серый период жизни. Здесь присутствуют все самые неприятные переживания и эмоции. Однако настоящее более «светлое» по сравнению с прошлым. То есть можно предположить, что сами грустные события происходили в прошлом, там их больше, а в настоящем от них остались только переживания. Также настоящее воспринимается самым маленьким менее объемным, менее глубоким периодом жизни по сравнению с прошлым и будущим. Актуальные события кажутся непонятными, происходят в таком же ритме, как происходили и в прошлом, нарушена последовательность их восприятия, между событиями отсутствуют логические взаимосвязи.

В настоящий период времени (момент участия в исследовании) женщины предпочитают не думать, не вспоминать ситуацию перинатальной утраты или, наоборот, все время думают о потере, периодически на них обрушиваются воспоминания о ней. Можно отметить мысли, связанные с возможностью исправить ситуацию перинатальной утраты и повернуть время вспять. Также прослеживается идея несправедливости произошедшего, ненависть к миру и другим людям. Присутствуют размышления о себе в категориях «я неудачница», «я неправильная». В настоящем женщины могут переживать утрату веры в хорошее, в Бога, часто плачут, испытывают сильные страхи, особенно связанные с последующей беременностью, начинают беспокоиться о собственном здоровье. Следует отметить, что наиболее тяжелые переживания возникают при встрече любого напоминания о беременности, при виде других молодых матерей и маленьких детей.

В эмоциональном плане в актуальный период времени преобладают горе, печаль, грусть. Согласно полученным результатам, более 60 % женщин с опытом перинатальной потери погружены в переживание своего несчастья и испытывают сложности с переключением

внимания на что-то другое, им сложнее получать удовольствие от жизни, они легко испытывают раздражение по любому поводу, сообщают о сниженном интересе по отношению к другим людям. Особенно сильно у женщин с историей перинатальной утраты выражено чувство вины (72 %), они критикуют и обвиняют себя за случившуюся потерю. Также присутствует страх, с одной стороны, за то, что детей никогда не будет, с другой стороны — страх перед новой беременностью и возможной очередной неудачей. Больше 65 % женщин с историей перинатальной потери отмечают свою усталость, сниженную работоспособность, беспокоятся о состоянии своего здоровья, отмечают наличие нарушений сна, сообщают о том, что стали более плаксивыми. Следует также отметить у немногих несостоявшихся мам некоторую озлобленность по отношению к другим людям, а также собственный внутренний запрет на возможность видеть смешное и радоваться жизни.

В самом тяжелом варианте присутствуют полное отчаяние и депрессия, а также сильное переживание боли и пустоты, притупленности всех эмоций и переживаний. У женщин с историей перинатальной потери зафиксирован высокий уровень депрессии, связанный с печалью, сниженной социальной активностью, выраженным чувством вины, ощущением усталости и обессиленности [2]. Это позволяет нам сделать вывод о том, что ситуация утраты беременности и неродившегося ребенка сопоставима по тяжести своих переживаний с состоянием скорби и депрессивной симптоматикой в ситуации утраты ребенка любого возраста.

Особенно заметно у женщин с историей перинатальной потери преобладают высокий уровень посттравматического стрессового расстройства (36 %) и средний уровень ПТСР (36 %). Чаще всего женщины с историей перинатальной потери сообщают о том, что любое упоминание об утрате вызывает сильные повторные переживания, отмечают

внезапность и тяжесть воспоминаний. Среди симптомов избегания у женщин с опытом перинатальной утраты преобладают стремление не думать о потере, а также стремление ни с кем не говорить о случившемся. Среди симптомов физиологического возбуждения в ситуации утраты неродившегося ребенка преобладают раздражительность и гнев, а также сниженная концентрация внимания. Половина женщин, участвовавших в исследовании, сообщают о трудностях со сном и постоянной настороженности и напряженности.

Также можно утверждать, что травма перинатальной потери, по сравнению с выборкой женщин без перинатальной утраты, но столкнувшихся в своей жизни с другими кризисными событиями, приводит к формированию более высокого уровня посттравматического стрессового расстройства. Поэтому можно заключить, что событие перинатальной потери представляет собой тяжелую травму, которая превышает возможности самой женщины, приводит к непривычно интенсивным реакциям, наполняет ее непереносимым переживанием страха и ужаса. Женщины с опытом потери нерожденного ребенка в большей степени склонны заново переживать ситуацию утраты, постоянно размышлять о ней или старательно избегать темы потери. При этом возникают постоянное физическое напряжение, проблемы со сном и с концентрацией внимания, изменения в дыхании, ощущение безысходности, тревожности, собственной инертности, отстраненности, неподконтрольности жизненных событий и восприятие собственной жизни с позиции наблюдателя.

### БУДУЩЕЕ

У женщин с историей перинатальной потери присутствует сильная обеспокоенность собственным будущим (87 %). Оно представляется ими часто в идеализированном образе, именно в нем они видят большую часть активности, энергичности, стремительности и насыщенности событиями, не вызывающими ни-



какого напряжения. В метафорическом плане будущее кажется максимально длительным и глубоким периодом, но его величина и объем равны величине и объему прошлого. Это может свидетельствовать о том, что настоящий, актуально воспринимаемый момент находится в середине субъективной картины жизненного пути и что в будущем в перспективе ожидается такая же наполненность событиями, как и в прошлом. Будущее представляется более ритмичным, все предполагаемые события относительно непрерывны. Однако, как и настоящее, будущее воспринимается обратимым, предполагается, что все планируемые на будущее события могут качественно измениться или не свершиться вообще.

При переживании личностной значимости возможных будущих событий они воспринимаются более приближенными во временном плане по сравнению с событиями настоящего времени. Будущее для женщин с историей перинатальной утраты существует в своем роде «уже», что может свидетельствовать о некотором пребывании в мечтах, иллюзиях, а также в попытке не проживать настоящие неприятные переживания, тянущиеся из прошлого, бегство от них в идеальные фантазии. Однако действительно ощутить будущее все-таки не получается, и оно существует как некоторый обособленный от других временных интервалов период.

В ходе беседы с женщинами, которые потеряли нерожденного ребенка, можно проследить преобладание краткосрочного, обычно ежедневного, планирования. Большая часть этих планов связана с семьей, домом и воспитанием детей. Главным для женщин становится забота о здоровье всех своих близких. Также встречаются упоминания планов, связанных с работой, учебой и материальным благосостоянием. Большинство женщин хотят иметь детей в будущем, несмотря на ситуацию перинатальной потери. Однако у некоторых присутствуют отчаяние и невозможность увидеть собственное будущее и детей в нем. Они

также отмечают свою обеспокоенность тем, что будущее будет таким же сложным и тяжелым периодом, как и остальные временные отрезки.

При сравнении с женщинами без истории перинатальной потери можно увидеть, что у женщин, потерявших нерожденного ребенка, образ будущей жизни наполнен меньшим количеством значимых и легко прогнозируемых радостных событий, связан с большей актуализацией в сознании негативных аспектов действительности в будущем, тревогой и беспокойством по его поводу. Подобное состояние характерно при ярко выраженном депрессивном компоненте безнадежности, беспомощности, безысходности. Будущее воспринимается в большей степени как неподконтрольный период жизни. Также оно представляется труднопрогнозируемым, между событиями отсутствуют четкие логические взаимосвязи, что может быть объяснено преобладающим переживанием растерянности, смятения, отсутствием четкого понимания происходящего в настоящий момент, а следовательно, и понимания предполагаемых событий. У женщин с опытом перинатальной утраты преобладает чувство внутренней скованности, фрустрированности, переживание потери смысловой наполненности и личностной значимости предполагаемых событий, сужение временной перспективы. Используя метафору А. Лэнгле, рамки жизни женщины после травмы перинатальной потери подобны пустыне без горизонта ценностей или развития, который мог бы привести к смыслу [1].

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Таким образом, полученные результаты, а также основные специфические особенности самой ситуации перинатальной потери, такие как невозможность проведения похоронного ритуала, отсутствие образа умершего ребенка, непризнание социумом горя перинатальной потери и социальная изоляция жен-

щины, позволяют выделить следующие взаимозависимые линии выстраивания стратегии своевременного психологического сопровождения:

1. Работа с переживанием/состоянием (раздражение, чувство вины, апатия, физическое напряжение и усталость, депрессия).

2. Работа по выстраиванию и поиску ресурсов социальной сети поддержки.

3. Работа с временной перспективой личности, с образом собственного «я» и идентичностью, в том числе во временном плане.

Следует отметить необходимость организации психологического сопровождения женщин в ситуации перинатальной утраты, в рамках которой, помимо оказания стандартной психологической поддержки в состоянии горя, будет эффективным оперативное обращение к выстраиванию и реконструкции временной перспективы личности, изменению и благоприятной трансформации образа субъективной картины жизненного пути. При этом также учитывается преодоление основных дефицитов фундаментальной мотивации, описанных А. Лэнгле, таких как преодоление недоверчивой/враждебной установки к миру и ухода из социума, с одной стороны, а также преодоление переживания пустоты и чувства безнадежности, с другой [1].

### **I. Работа с прошлым**

В первую очередь следует сконцентрироваться на прошлом, ситуации до беременности, процессе беременности, всем том, что происходило тогда; на том, какие ожидания, мысли и чувства возникли в этот период. Важно помочь восполнить, а где-то и создать совместное с ребенком прошлое, вспомнить и восстановить все подробности случившегося. Здесь следует проанализировать состояние и опыт женщины в момент наступления беременности, рассмотреть эмоциональные и когнитивные аспекты восприятия собственной беременности. В данном временном периоде личной истории могут находиться основные

аспекты, влияющие на переживаемое чувство вины, гнева, направленного на других лиц, переживание неподконтрольности течения жизни. Также необходимо обратиться к событию самой перинатальной потери, восстановить подробности случившегося, включить событие перинатальной утраты в историю личной жизни и в историю семейной системы.

#### **1) Личность ребенка.**

Здесь возможно обращение к созданию/воссозданию образа ребенка, его уникальной и неповторимой личности, осознание его таковым, важным и отдельным человеком, членом семьи, имеющим собственное имя [6; 8; 12]. Для принятия факта реальности перинатальной потери необходимо также осуществление возможности в действительности увидеть ребенка, поддержать его. Такая возможность должна быть предоставлена каждой женщине в ситуации мертворождения. Однако здесь следует учитывать личностные и культуральные особенности и желание самой женщины — у нее обязательно должен быть выбор.

#### **2) Память о ребенке.**

Помимо осознания важного и ценного образа ребенка, необходимо постараться создать и/или воссоздать воспоминания о нем как об отдельной личности, воспоминания о совместно проведенном времени, что поможет поддерживать связь родителей с ним, укрепить взаимоотношения с умершим ребенком, сохранить привязанность [4; 6; 10; 12]. В случае, когда это возможно осуществить, еще в стенах медицинского учреждения возможно провести купание и одевание ребенка, принять участие в ритуальных церемониях, осуществить фото- и/или видеосъемку. Важными становятся возможность физического контакта с ребенком и возможность поговорить с ним.

Создать необходимую память и интегрировать событие перинатальной потери в историю жизненного пути женщинам во многом помогут своего рода «сувениры»: прядь волос, фотография,

слепок ручки/ножки, кадры УЗИ. Можно создать персональную «книгу воспоминаний» (куда будут вклеены все открытки, письма, счета, медицинские документы).

### **3) Воспитание и забота о ребенке.**

Еще одним аспектом создания воспоминаний о событии перинатальной потери и умершем ребенке является признание того факта, что женщина стала родителем и имеет возможность позаботиться о своем ребенке [8]. Желание женщины защитить свое дитя, помочь ему, пожалеть его фрустрировано, в ситуации перинатальной потери она сталкивается с осознанием собственного бессилия, беспомощности и неспособности выполнять свою родительскую функцию. Тем не менее, у женщины должна сохраниться возможность позаботиться о ребенке даже после его смерти. Осуществить это можно, например, в ситуации, когда необходимо решать вопрос о вскрытии. Также возможность позаботиться о ребенке может быть выражена в моментах, когда женщина ухаживает за своим умершим недоножденным ребенком, умывает, пеленает его. Можно предложить и осуществление косвенной заботы, например, включить для ребенка нежную и красивую музыку, почитать последнюю сказку, купить ему «его» игрушку (сделать что-то для него).

Следует обратить внимание на то, что моменты, направленные на воссоздание памятных эпизодов и осознание себя родителем нового маленького человека во многом должны реализовываться непосредственно сразу после потери, еще в стенах медицинского учреждения и при помощи медицинского персонала. Такая практика активно применяется за рубежом, и ее эффективность и польза доказаны эмпирически [4; 6; 8; 10; 12]. К сожалению, в нашей стране подобные практики не только не используются, но даже не рассматриваются как необходимые и желательные. Тем не менее подобную работу можно проводить и после выхода из медицинского учреждения при грамотном психологическом

сопровождении, на символическом уровне (используя элементы арт-терапии, символдрамы и психодрамы).

## **II. Работа с настоящим.**

В дальнейшем необходимо акцентировать внимание на настоящем, актуальном моменте: что сейчас происходит в семье, во взаимоотношениях с другими людьми, что женщина чувствует, о чем думает, что ей хочется делать. Именно в настоящем она может совершить все необходимые ей траурные церемонии, которые, возможно, будут понятны только ей одной. Также происходит углубленная работа с самовосприятием и восстановлением «образа «я»» женщины, потерявшей своего недоножденного ребенка.

### **1. Прощание с ребенком.**

У большинства женщин в ситуации перинатальной потери отсутствует возможность совершить прощание с ребенком, участвовать в похоронном ритуале и, таким образом, перейти к следующему этапу горевания и признанию факта свершившейся утраты, принятию реальности потери [4; 7; 11; 15]. В то же время в зарубежных исследованиях, например, были выявлены более низкие уровни горя у тех родителей, которые имели возможность увидеть ребенка и попрощаться с ним, совершить все необходимые погребальные ритуалы [11; 15]. Прощание с ребенком возможно осуществить и на символическом уровне (молитва, письмо, психодрама). Похороны либо любая другая церемония прощания предоставляет родителям возможность выразить и свое горе, и свою любовь к ребенку. Это еще один способ признания важности личности ребенка, он также является одним из значимых воспоминаний о нем.

Возможность посещения могилы либо любого другого мемориала возвращает маме в некоторой степени переживание чувства контроля над собственной жизнью. Это может быть и любимое место, безопасный уголок, где имеется возможность горевать, быть наедине со



своими чувствами к ребенку, со своей печалью. Можно посадить дерево, куст, цветок в саду или в специальной вазе, во многих древних мифах и преданиях души нерожденных младенцев символично связаны именно с листовыми деревьями. Такое сакральное место станет одним из тех мест, где мама сможет быть со своим ребенком.

### **2. Работа с физическим и психологическим состоянием, осознанием границ своего «я».**

При работе с актуальным моментом наиболее оптимально проработать весь спектр эмоциональных переживаний женщины, столкнувшейся с перинатальной потерей [4; 7; 9; 10; 12; 13; 14]. Важно помнить, что женщина вправе скорбеть и переживать о своем нерожденном ребенке. Продолжать жить без ребенка кажется невыносимой перспективой, трудно пережить эту боль и безнадежность, трудно справиться с чувством бессилия, потерей контроля и ощущением, что все мечты о счастливой семье разрушились. При этом отдельно, и в первую очередь, прорабатываются представления женщины о своей телесности, которая также максимально была затронута в ситуации травмы перинатальной потери, поскольку «физическое «я»» представляет своего рода основу, «почву для бытия в мире» [1].

Необходимо предоставление женщине всей необходимой информации о перинатальной потере, протекании горя, нормативности всех реакций, способов скорби (все возможные брошюры, литература, художественные и документальные фильмы и др.).

Полезно также будет использовать физическую активность, медитации, релаксационные техники и дыхательные упражнения, которые помогут справиться с тревогой, раздражительностью, позволят вернуться к ощущению контроля над собственным телом.

На данном этапе происходит работа с чувствами и переживаниями, которые необходимо идентифицировать. Ситуация утраты нерожденного ребенка прово-

цирует неопишное страдание, которое препятствует продвижению навстречу жизни, делает невозможным выстраивание отношений с миром [1]. Отдельная работа происходит с невыносимым чувством вины и переживанием стыда, вызванного ощущением неудачи и невозможностью осуществления желанного и вроде бы такого естественного события, как рождение ребенка. Параллельно обращается внимание на выстраивание и поддержание идентичности женщины, которая была деформирована в ситуации перинатальной потери, оказывается помощь в возвращении знаний о себе самой, своих возможностях, тех основополагающих воспоминаниях и образах жизненного пути, которые составляют ее общую картину себя в этом мире.

Эффективным станет использование арт-терапевтических техник, творчества, элементов искусства, чтобы и выразить тяжелые эмоции, и создать памятные вещи. Максимально эффективно снять напряжение помогут слезы в безопасной и доверительной обстановке и/или наедине с собой. Полезным становится ведение записей, дневника/журнала мыслей и переживаний.

Для возвращения чувства безопасности проводится работа по развитию и усилению навыков самообладания, становлению понимания связи между мыслями, чувствами и поведением. Восстановлению ощущения контроля над собственной жизнью, осознанию и принятию своей нормальности могут содействовать, помимо физических упражнений, простые прогулки, диета, хобби, самостоятельный выбор способа проведения свободного времени, возможность заниматься повседневными делами, смеяться и получать удовольствие.

Однако следует отметить, что любую травму, а тем более травму потери ребенка, невозможно проработать настолько, чтобы окончательно и навсегда избавиться от ее боли и обрести стабильное спокойствие, иначе она была бы безвозвратно лишена всей своей значимости и «экзистенциальной глубины» [1].

### 3. Социальная сеть поддержки.

При работе с актуальным периодом отдельно стоит рассмотреть работу по поиску ресурсов социальной сети поддержки горющей женщины. При взаимодействии с Другим, с сочувствующим другом, у женщины также появляется возможность выстроить историю события перинатальной потери, рассказывать о своем горе, переживаниях, прийти к пониманию нормальности своих реакций и в целом себя [5; 6; 7; 11; 12]. Взаимодействие с Другим помогает восприятию реальности потери и интеграции ее в субъективную картину жизненного пути, дает возможность прийти к новому пониманию своей жизни, своего места в ней, ее смысла. Как подчеркивает А. Лэнгле, чтобы инициировать процесс соотнесения с собой и со своим представлением о будущем, всегда необходима помощь извне, «уже одно только присутствие другого человека может быть полезным, потому что другой "не уйдет прочь", а выдержит этот ужас вместе с ним» [1]. Другой через диалог предлагает человеку, пережившему травму, структуру «образа "я"», стимулирует пробуждение и укоренение представлений о себе, иногда верит за него самого в его развитие и будущее, пробуждает душевный и духовный рост, в том числе для построения уже внутреннего разговора с самим собой [1].

Со стороны других людей значимой помощью будет возможность выслушать тогда, когда женщине это необходимо, принять ее мысли и переживания, признать реальность ее потери, саму женщину в качестве и роли родителя, потерявшего своего ребенка, наличие у нее причины для горя. Сами женщины, потерявшие нерожденного ребенка, желательными и приятными, вселяющими надежду и уменьшающими чувство вины называют следующие моменты взаимодействия с другими людьми:

- Женщины предпочитают, чтобы другие люди сдержанно выражали соболезнования, соблюдали такт и деликат-

ность. Посторонним людям и коллегам желательно не проявлять излишнее любопытство. Лучше всего выразить свое сочувствие искренним словосочетанием «Мне жаль».

- Женщины говорили о том, что близким людям желательно не затрагивать тему утраты, не напоминать лишний раз и не давать лишних советов, но обязательно быть рядом, быть готовыми выслушать женщину, дать ей возможность поделиться своими чувствами, выплакаться, а также называть ребенка по имени. Помогало признание в любви от супруга и других близких, искреннее сочувствие по поводу смерти ребенка, понимание горя женщины и необходимости его проживать. Значение имели физические объятия, возможность просто находиться рядом. Важным было предложение конкретной практической помощи («я помогу тебе тем-то и тем-то»), создание приятной атмосферы с целью отвлечения от мрачных мыслей.

- Огромное значение имеет предоставление полной информации от врачей или других людей о том, что следует делать дальше, куда обратиться, какие анализы сдать для того, чтобы ситуация перинатальной потери больше не повторилась. Сюда можно отнести и знакомство с опытом перинатальной потери других женщин, что позволяет прийти к пониманию собственной нормальности. С этой целью стоит предоставить женщине всю возможную информацию о том, где в реальном или виртуальном пространстве она могла бы встретиться с теми, кто точно так же, как и она сама, столкнулся с травмой перинатальной утраты.

- На последних этапах горевания для женщин ресурсным становится словосочетание «Это не за что, а для чего», с помощью которого мамы пытаются вынести для себя смысл произошедшей утраты.

- Большое значение имеет возможность надеяться на лучшее. Наиболее важными в этом плане становятся убеждения врачей («Все будет хорошо, вы обследуетесь, и у вас обязательно еще

будет ребенок») и партнеров («Ты все равно будешь мамой. Даже если и с помощью усыновления или суррогатного материнства»). Значимым здесь было и обращение к чужому положительному опыту, когда после перинатальной потери женщины рожали здоровых детей.

• Некоторые мамы отмечали необходимость строительства разнообразных планов на будущее, связанных не только с рождением и воспитанием ребенка.

Отдельно рассматривается вопрос взаимоотношений с партнером, поскольку, во-первых, это тот человек, который, согласно полученным в исследовании результатам, оказывает наиболее оптимальную эмоциональную и иную поддержку, а во-вторых, он также переживает ситуацию утраты и нуждается в поддержке. В направлении работы с партнером следует обратить внимание на различия в стилях и способах горевания, особенностях выражения болезненных чувств, на разные направления поиска собственных уникальных смыслов перинатальной потери, также необходимо обсуждение возникновения возможных трудностей во взаимоотношениях, обсуждение вопросов восстановления физической близости и вопросов принятия совместного решения о будущей беременности [3; 10].

#### 4. Религия.

Высокий уровень религиозной вовлеченности положительно связан с показателями психологического благополучия, с улучшением физического и психологического здоровья в ситуации перинатальной потери [11]. Религиозные практики могут уменьшить чувство одиночества и утраты контроля, сопровождающие травму перинатальной потери, обеспечивают поддержку и облегчают боль [7; 11]. Стоит обратить внимание и на трансцендентное понимание смысла этого тяжелого события в собственной жизни. Однако стоит подчеркнуть, что обращение к религии должно инициироваться самой женщиной.

### III. Работа с будущим.

Основная работа в ситуации перинатальной потери, на наш взгляд, будет вестись именно с переживаемыми женщиной чувствами отчаяния и безнадежности. Процесс восстановления будет двигаться в правильном направлении, когда женщина окажется способной испытывать удовольствие от настоящего и начнет планировать свою будущую жизнь, надеяться, мечтать. Здесь необходимо обращаться к образам желанного, счастливого, оптимистичного будущего и новым надеждам.

#### 1. Смысл перинатальной потери.

После того, как «образ "я"» принимается и размещается в новой реальности, необходимо обратиться к поиску смысла, раздвигающему границы временной картины жизни, поиску будущего, в котором хотелось бы жить, в котором «можно раскрыться и прийти к исполнению» [1]. Большое значение имеет реорганизация мировоззрения, изменение отношения к жизни, духовности. Стоит попытаться отыскать положительные аспекты перинатальной потери, такие как возможность для личностного роста, саморазвития, укрепления взаимоотношений в паре, развития взаимодоверия, расширения самопознания, ответственности за свою жизнь и здоровье, понимания боли других людей, занятия творчеством. Эти положительные аспекты перинатальной потери зависят от того смысла, который женщина отыскала в своей утрате.

#### 2. Мечты, цели, планы.

Переживание перинатальной потери заставляет женщину пересмотреть свои жизненные цели, поэтому необходимо организовывать ей помощь в формировании и фиксации новых краткосрочных и долгосрочных планов [5; 10]. Одним из вариантов желанного будущего для женщины в ситуации перинатальной потери будет новая беременность.

### 3. Будущая беременность.

Особое значение для женщины с историей перинатальной потери имеет возможность планировать новую беременность тогда, когда она будет в состоянии ответить себе на вопросы, связанные с тем, что чувствует при виде чужих младенцев, других беременных, что будет чувствовать, находясь в том же роддоме, есть ли возможность обсуждать свои чувства с другими, чувствует ли она разницу в своих переживаниях тогда и сейчас, признает ли, что новая беременность не подарит абсолютную свободу от переживания боли предыдущей перинатальной утраты [5; 12].

Уникальные, индивидуальные реакции каждой женщины на перинатальную потерю (чувство вины, одиночества, пустоты, гнева, стыда, печали) влияют и на представления о себе, о своей жизни, и на желание и принятие решения о новой беременности после перинатальной утраты. Многие женщины сообщают о своем желании забеременеть как можно скорее; 80 % женщин беременеют в течение 18 месяцев после потери [5]. С медицинской точки зрения ВОЗ рекомендует обязательно подождать 6 месяцев после перинатальной утраты. Результаты психологических исследований демонстрируют необходимость прохождения достаточного времени (от 6 месяцев до 2 лет) для того, чтобы женщина смогла прожить свою скорбь — и не стремилась заменить умершего ребенка живым [2].

Для некоторых родителей последующая беременность является необходимой для их «выздоровления», ослабляя чувство горя и даря надежду. В нашем исследовании также надежды и устремления, связанные с наступлением возможной скорой беременности, чаще встречались у более психологически благополучных женщин. Однако не все родители уверены, что последующая беременность окажет благотворное воздействие. И им требуется больше времени для преодоления личного горя,

чтобы почувствовать себя готовыми к новой беременности.

На решение о беременности сильно влияет и социальное окружение, советы, информация, полученная от медицинских работников. Значение имеют и социальная сеть поддержки женщины, культуральные ожидания и нормы. Например, в культурах, где смерть ребенка является своего рода табу для обсуждения, женщины после перинатальной потери торопятся как можно скорее забеременеть снова, при этом совершенно не справившись с собственным горем утраты [5].

Беременность после перинатальной потери станет особенной беременностью, требующей грамотного сопровождения и психологических, и медицинских работников. Это будет беременность с преобладанием тревожного состояния, с обостренным вниманием к собственным телесным проявлениям и физическим ощущениям, со сниженной социальной активностью, а также с особым выстраиванием взаимоотношений с новым ребенком, на которое в огромной степени может оказать влияние неразрешенная травма перинатальной утраты.

Делая выводы, можно еще раз обратить внимание на то, что ситуация перинатальной потери является безусловно тяжелой кризисной ситуацией в жизни женщины, сопоставимой по своей тяжести с утратой ребенка любого возраста. Тяжесть горя перинатальной утраты также обусловлена и такими специфическими обстоятельствами, как часто отсутствие самого ребенка, неясность его образа, лишение возможности провести траурную церемонию и осуществить процесс прощания с ним, отсутствие каких-либо воспоминаний о жизни с ребенком, понимания социальным окружением женщины всей тяжести травмы перинатальной потери и непринятие другими людьми ее горя. Все эти обстоятельства провоцируют неблагоприятное протекание горя перинатальной утраты, влияют на тяжесть депрессивной симптоматики и возмож-



ность формирования посттравматического стрессового расстройства.

Представленная нами последовательность психологического сопровождения женщин в ситуации перинатальной утраты связана с работой во временных рамках переживания себя и картины собственной жизни, активным выстраиванием и встраиванием события перинатальной потери в контекст жизненного пути. Акцент ставится на создание образа ребенка, осознание его уникальности и неповторимости, на воссоздание воспоминаний о взаимодействии с ним, на проработку всего спектра как эмоциональных переживаний, так и физических ощущений, сопровождающих перинатальную потерю, на работу с представлениями женщины о себе самой, на укрепление социальной сети поддержки горюющей женщины и поиск социальных ресурсов помощи, а также на работу с уникальными смыслами перинатальной утраты и на выстраивание продуктивного и желательного образа будущего, в том числе связанного с новой беременностью и рождением ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лэнгле, А. Личностные расстройства и генез травмы. Экзистенциальный анализ личностных расстройств, возникающих вследствие травмы / А. Лэнгле // Консультативная психология и психотерапия. — 2013. — № 3. — С. 10—45.
2. Петражицкая, Е. А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины / Е. А. Петражицкая, Л. А. Пергаменщик // Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология. — 2020. — № 1. — С. 77—84.
3. Black, R. B. Reproductive Genetic Testing and Pregnancy Loss: The Experience of Women / R. B. Black // Women and prenatal testing: facing the challenges of genetic technology / edited by Karen H. Rothenberg and Elizabeth J. Thomson. — 1994. — pp. 271—294.
4. Christ, G. H. When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families / G. H. Christ, G. Bonanno, R. Malkinson, S. Rubin // Washington (DC) : National Academies Press (US), 2003. — P. 712.

5. Dyer, E. Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: systematic review of qualitative research / E. Dyer, R. Bell, R. Graham, J. Rankin // Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, 2019. — Vol. 5.

6. Flenady, V. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death / V. Flenady, F. Boyle, L. Koopmans, T. Wilson, W. Stones, J. Cacciatore // BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, September 2014. — 121 (Suppl. 4). — pp. 137—140.

7. Kohner, N. When a baby dies: The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death / N. Kohner, A. Henley. — Taylor & Francis e-Library, 2006. — 244 p.

8. Nuzum, D. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study / D. Nuzum, S. Meaney, K. O'Donoghue // PLOS ONE, January 24, 2018. — 13(1).

9. Magistretti, Cl. M. It isn't just passed: a salutogenic perspective on bereavement care after stillbirth / Cl. B. Magistretti, M. König-Bachmann // Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, 2019. — Vol. 5.

10. Mander, R. Loss and Bereavement in Childbearing / R. Mander. — Madison Avenue, New York, 2006. — P. 256.

11. Pereira, M. U. L. Communication of death and grief support to the women who have lost a newborn child / M. U. L. Pereira, L. L. Gonçalves, Cr. M. Douat Loyola, P. S. da Anunciação, R. da Silva Dias, I. N. Reis, L. A. S. Pereira, Z. C. Lamy // Rev. paul. pediatr, São Paulo, Oct./ Dec. 2018. — Vol. 36 no.4. — pp. 422—427.

12. Scher, J. Preventing Miscarriage: the good news / J. Scher, C. Dix. — United States, Harper Collins Publishers Inc., New York. — 282 p.

13. Shakhhar, K. Coping with recurrent pregnancy loss: Psychological mechanisms / K. Shakhhar // Recurrent Pregnancy Loss Causes, Controversies and Treatment / Edited by Howard JA Carp. — Taylor & Francis e-Library, 2008. — pp. 243—253.

14. Swanson, K. M. Research-based Practice with Women Who Have Had Miscarriages / K. M. Swanson // Journal of Nursing Scholarship. — Fourth Quarter 1999. — Volume 31, № 4. — pp. 339—345.

15. Wijngaards-de Meij, L. The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief / // L. Wijngaards-de Meij, M. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut, J. van den Bout, P. G. M. van der Heijden, I. Dijkstra // Death Studies, February 2008. — Vol. 32(3). — pp. 237—252.