

УДК 159.923.2

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ КАК КРИЗИСНОЕ СОБЫТИЕ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Л. А. ПЕРГАМЕНЩИК¹⁾, Е. А. ПЕТРАЖИЦКАЯ¹⁾

¹⁾Белорусский государственный педагогический университет им. Максима Танка,
ул. Советская, 18, 220050, г. Минск, Беларусь

Рассматривается актуальная проблема перинатальной потери как уникального вида психологической травмы в жизни женщины. Подробно описываются психологические и социальные последствия перинатальной утраты, ее специфические особенности, влияющие на процесс совладания с горем. Представлены результаты эмпирического исследования состояния психологического благополучия и отношения к образу субъективной картины жизненного пути во временном аспекте у женщин с опытом перинатальной потери. Перинатальная утрата несет в себе угрозу развития состояния депрессии и посттравматического стрессового расстройства, после нее у женщины изменяются представления о себе, базовые убеждения относительно собственной жизни, а также субъективная картина жизненного пути. Сделанные выводы имеют определяющее значение для выработки основных стратегий психологического сопровождения женщин в ситуации перинатальной потери.

Ключевые слова: перинатальная потеря; кризисное событие; субъективная картина жизненного пути; отношение ко времени; образ будущего; психологическое благополучие; депрессия; посттравматическое стрессовое расстройство; социальная сеть поддержки.

Образец цитирования:

Пергаменщик ЛА, Петражицкая ЕА. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины. *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология.* 2020;1:77–84.

For citation:

Pergamenshchik LA, Petrazhitskaya EA. Perinatal loss as a crisis event in a woman's life. *Journal of the Belarusian State University. Philosophy and Psychology.* 2020;1:77–84. Russian.

Авторы:

Леонид Абрамович Пергаменщик – доктор психологических наук, профессор; профессор кафедры социальной и семейной психологии Института психологии.

Елена Александровна Петражицкая – аспирантка кафедры социальной и семейной психологии Института психологии. Научный руководитель – Л. А. Пергаменщик.

Authors:

Leonid A. Pergamenshchik, doctor of science (psychology), full professor; professor at the department of social and family psychology, Institute of Psychology.

leonpergam@gmail.com

Elena A. Petrazhitskaya, postgraduate student at the department of social and family psychology, Institute of Psychology.

rok-sunna@yandex.ru

PERINATAL LOSS AS A CRISIS EVENT IN A WOMAN'S LIFE

L. A. PERGAMENSHCHIK^a, E. A. PETRAZHITSKAYA^a

^aBelarusian State Pedagogical University named after Maxim Tank, 18 Savieckaja Street, Minsk 220050, Belarus

Corresponding author: E. A. Petrazhitskaya (rok-sunna@yandex.ru)

The actual problem of perinatal loss as a unique type of psychological trauma in a woman's life is considered in the article. Psychological and social consequences of perinatal loss, its specific features affecting the process of coping with grief are described in detail. The results of empirical research of the state of psychological well-being and attitude to the concept of subjective dimension of the path of life in temporal aspect of women with experience of perinatal loss are presented. Perinatal loss is a threat to the development of depression and post-traumatic stress disorder. Self-image, basic beliefs about own life change after perinatal loss, as well as the subjective picture of a woman's life path is changing. The findings are crucial for the development of basic strategies of psychological support of women in the situation of perinatal loss.

Keywords: perinatal loss; crisis event; subjective picture of life path; attitude to the time; image of the future; psychological well-being; depression; posttraumatic stress disorder; social support network.

Беременность, как уникальное состояние в жизни женщины, связана с большими надеждами и ожиданиями счастья в будущем. Однако не каждая беременность заканчивается благополучно. Так, согласно статистике, приведенной во многочисленных зарубежных изданиях, во всем мире примерно одна из пяти беременностей заканчивается перинатальной потерей [1–8]. В Республике Беларусь частота невынашивания беременности составляет от 10 до 25 % всех беременностей, более 85 % спонтанных аборт происходят в ранние сроки беременности, а в последние годы повышается частота осложнений беременности и родов, различных нарушений репродуктивного здоровья [9]. При этом весьма актуальны вопросы улучшения демографической ситуации, усиления системы защиты и охраны репродуктивного здоровья, роста ответственности за психическую и физическую полноценность будущего поколения, что, на наш взгляд, тесно связано с повышением значимости и эффективности своевременного психологического сопровождения женщины в ситуации перинатальной потери. В то же время можно говорить о практическом отсутствии в нашей стране теоретических и прикладных исследований в данной области.

Перинатальная потеря представляет собой кризисное событие в жизни женщины: имеется в виду гибель плода во время беременности, в процессе рождения или в первые 28 суток после рождения [10]; внематочная беременность, неудача экстракорпорального оплодотворения, некурабельное бесплодие [11; 12]; выявление грубой патологии при обследовании и рождение ребенка-инвалида [12]. Потеря является внезапной, возникает кризис беременности, что делает невозможным переход к ожидаемой стадии родительства.

В ситуации утраты неродившегося ребенка женщина сталкивается с нарушением собственной идентичности, сомнением в своей женственности и нормальности, теряет образ себя в качестве матери [11; 13; 14]. Долгосрочные последствия свя-

заны с нарушением самооценки, потерей самоуважения и уверенности в себе [4; 6; 11; 13–15]. После перинатальной утраты появляется огромное чувство собственной беспомощности, женщина не может контролировать ни собственную жизнь, ни свое тело. Разрушаются представления о мире как о предсказуемом, справедливом и доброжелательном [11; 14; 16; 17]. Также происходит столкновение с суровой окончательностью смерти в тот момент, когда она меньше всего ожидается: в момент возникновения новой жизни. При этом бессознательное желание личного бессмертия, которое может быть реализовано путем проецирования собственного биологического наследия на последующие поколения, фрустрировано, появляется фундаментальная угроза непрерывности жизни, добавляющая идее собственной конечности новое пугающее значение [4; 11; 15; 17]. Женщина сталкивается с непосредственной опасностью для собственного существования, связанной с болезненными хирургическими вмешательствами [3; 15; 16]. Все это с особой силой актуализирует страхи по поводу личной смерти.

В ситуации перинатальной утраты женщина не только оказывается в сложном биологическом и психологическом положении, но и теряет себя, в том числе и во временном аспекте, когда оплакиваются и ушедший, уже любимый ребенок, и прогнозируемое желанное будущее, вместе с которым исчезает представление о смысле собственной жизни [4; 6; 11; 14; 15]. Смерть ребенка, в том числе еще не родившегося, не является частью естественного порядка жизни. Когда человек теряет родителя, он теряет свое прошлое, а при потере своего ребенка человек утрачивает будущее [4]. Новость о перинатальной утрате парализует, воспоминания о счастливом прошлом постепенно становятся тусклыми и неразличимыми, а надежды на будущее разрушены и не восстанавливаются. Родители скорбят и об умершем ребенке, и о той будущей жизни, в которой они в своих мечтах уже жили с ним. В ситуа-

ции перинатальной потери нарушается направленность и непрерывность жизненного пути личности. Неопределенность будущего искажает ощущение безопасности и вызывает дополнительное беспокойство. Появляются специфические страхи в отношении будущего деторождения [8].

Опыт предыдущей перинатальной потери влияет на будущие беременности, а также на взаимоотношения с родившимися впоследствии детьми. После переживания травмы в связи с перинатальной утратой при дальнейших беременностях развиваются сильная тревожность (иногда – состояние депрессии), идея сверхценности беременности, своеобразная социальная изоляция женщины, повышается внимание к своим телесным ощущениям [6; 14; 15; 17]. Опыт перинатальной потери и страх ее повторения приводят к стремлению не выстраивать прочных эмоциональных связей с новым ребенком как в процессе беременности, так и после его рождения. В результате незавершенного процесса горевания происходит нарушение привязанности к ребенку, что в целом негативно сказывается на его психосоциальном развитии. Впрочем, некоторые исследователи отмечают, наоборот, чрезмерно сильную привязанность к родившемуся после потери, когда женщина проявляет сверхзаботу и сверхбеспокойство [14; 18]. С другой стороны, после перинатальной утраты может появляться желание скорейшей новой беременности, происходит своеобразное замещение умершего ребенка живым [14; 18].

Также наблюдается и влияние перинатальной потери на уже имеющихся у женщины детей, которые также сталкиваются с утратой и могут испытывать тревожность и сильное чувство вины [16; 18]. Переживание женщиной горя влияет на качество ее заботы о других и в целом ее функционирования в межличностных отношениях [16]. Последствия перинатальной утраты могут стать тяжелой психологической ношей для всех членов семьи, опыт данной травмы может передаваться последующим поколениям. Стремление родителей не говорить о случившемся, не признавать утрату и не переживать горе становится эмоциональным бременем для детей: они переносят его в свою взрослую жизнь [14].

Материалы и методы исследования

Цель исследования – изучение перинатальной потери как кризисного события в жизни женщины. В исследовании, проводившемся в 2015–2018 гг., приняли участие 47 женщин в возрасте от 23 до 45 лет. Они имели следующую историю перинатальной утраты: 34 женщины с гестационным сроком потери до 22-й недели; 12 женщин со сроком потери после 22-й недели, во время или сразу после родов. Срок переживания перинатальной потери со-

Протекание горя в ситуации перинатальной утраты во многом похоже на тяжелое горе в случае утраты значимого другого. Сразу после потери семья будет находиться в шоковом состоянии, ощущении нереальности происходящего, появится эмоциональная отрешенность, женщина будет испытывать трудности с концентрацией внимания, ей будет сложно поверить в происходящее [1; 2; 5; 6; 12; 17]. Затем появятся гнев и раздражительность по отношению к себе, супругу, друзьям и родственникам, медицинскому персоналу, а также раздражение, зависть, возмущение как результат постепенного понимания реальности потери [1; 2; 5; 6; 12; 13; 17; 18]. Особенно острым в случае перинатальной утраты будет чувство вины, поскольку в поисках ответа о причине потери женщина часто приходит к пониманию собственной ответственности за случившееся, что может усиливаться комментариями посторонних людей [1; 3–5; 7; 8]. Осознав суть потери, женщина печалится и тоскует по ребенку, ее поглощает его образ, она ищет причины перинатальной потери; у нее может появиться разочарование в жизни и чувства пустоты, отчаяния, стыда и бессилия [1; 2; 4–8; 12; 17; 18]. В случае перинатальной потери горе может осложняться специфическими обстоятельствами: например, скорбящая женщина в своем переживании не имеет возможности обратиться к совместному с ребенком прошлому, не может публично оплакивать потерю, совершить траурный ритуал [1; 11; 13].

Что касается длительности периода горевания после перинатальной утраты, то многие авторы называют разные сроки: наиболее интенсивные реакции отмечаются в течение первых 4–6 недель после потери [11; 14], нормальные реакции могут длиться от 6 месяцев до года [3; 11] или до 2 лет [14]. Тем не менее симптомы горя проявляются у каждой женщины индивидуально, поэтому установить точные сроки продолжительности горевания не представляется возможным. И даже когда эти симптомы исчезают, некоторые женщины отмечают присутствие болезненных воспоминаний и переживаний, которые обостряются при виде других беременных женщин или матерей с детьми, а также в определенные памятные даты и во время последующих после потери беременностей.

ставлял от 2 месяцев до 6 лет. Контрольную выборку составили 40 женщин без опыта указанного события: они были пользователями сайта *rebenok.by*, где было размещено объявление о приглашении участвовать в нашем исследовании.

Для изучения субъективной картины жизненного пути была использована методика «Психологическая автобиография» Л. Ф. Бурлачука, Е. Ю. Коржовой – это экспрессивная проективная методика исследования

переживаний, связанных с наиболее значимыми сферами жизни. В целях исследования интуитивно-го представления об образе субъективной картины жизненного пути во временном аспекте была использована методика «Семантический дифференциал времени» Л. И. Вассермана. Для исследования психологического благополучия, понимаемого нами в рамках эвдемонистического подхода как полнота

самореализации человека в конкретных жизненных обстоятельствах (Н. Н. Лепешинский), мы обратились к следующим методикам: шкале психологического благополучия, разработанной К. Рифф (в адаптации Н. Н. Лепешинского), опроснику САН В. Доскина, шкале депрессии А. Бека, шкале оценки влияния травматического события М. Горовица, Н. Вилнера и В. Альвареса (в адаптации Н. В. Тарабриной).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа полученных данных можно говорить о том, что среди женщин с историей перинатальной потери преобладает низкий уровень самочувствия (45 %), низкий уровень активности (45 %), а также сниженное настроение (49 %). В большей степени женщины названной категории сообщают о слабости (62 %), вялости (40 %), рассеянности (47 %), изнурении (52 %), сонливости (46 %), усталости (51 %) и желании отдохнуть (71 %). Также они описывают свое состояние как напряженное (54 %), озабоченное (42 %), но ощущают себя работоспособными (56 %) и выносливыми (49 %). Женщины с историей перинатальной потери испытывают грусть (37 %), уныние (39 %), печаль (39 %).

У 30 % опрошенных женщин наблюдается высокий и повышенный уровни депрессии. У 28 % женщин депрессии не выявлено. В своем большинстве они озадачены собственным будущим (86 %), чувствуют себя расстроенными (64 %), не получают удовлетворения от жизни (61 %), стали более раздражительными и более плаксивыми (соответственно по 57 %). При этом они часто говорят о переживании сильного чувства вины (71 %), ожидая при этом наказания (38 %); чувствуют себя уже наказанными (46 %), критикуют и обвиняют себя во всем (61 %); сообщают о своей тревоге по поводу изменившего состояния физического здоровья (63 %), быстрой усталости (63 %), проблемах со сном (64 %). Стоит также отметить, что большинство женщин, принявших участие в исследовании, не думают о самоубийстве (60 %), однако некоторым все-таки приходят мысли о суициде, но без желания его реального осуществления (39 %). Подобные результаты согласуются с результатами других исследований, когда у 20–55 % женщин, переживших перинатальную утрату, отмечаются высокий уровень депрессии, связанной с постоянными мыслями о потере, чувством отчаяния, тоски, апатии, потеря аппетита и сна, ощущение физической разбитости, невозможность выполнять ежедневные обязанности [2; 6; 11; 15; 16; 18]. В то же время депрессия включает повторно переживаемые чувства собственной бесполезности и беспомощности, огромное чувство вины [11; 13].

У женщин с историей перинатальной потери особенно заметно выражен высокий уровень посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

(72 %). Отсутствие его симптомов наблюдалось только у 4 % женщин. Отмечается преобладание симптомов вторжения (у 55 % – на высоком уровне). Менее выражены симптомы физиологического возбуждения (отсутствуют у 19 %). Чаще всего женщины сообщают, что постоянно думают о ситуации перинатальной потери (60 %); их захлестывают непериодично тяжелые переживания (39 %) как при любом напоминании об утрате (64 %), так и совершенно внезапно (42 %), против их воли (39 %); сознательно избегают мыслей об утрате 32 %. Также фиксируется нежелание с кем-либо говорить о случившемся (45 %).

Результаты зарубежных исследований демонстрируют, что практически каждая пятая женщина страдает ПТСР после перинатальной потери [11; 16; 18]. Когда симптомы тревожности и депрессии со временем уменьшаются, посттравматический уровень стресса все равно может оставаться умеренно высоким. ПТСР в этом случае также было связано с преобладанием таких симптомов вторжения, как повторное переживание травмы через навязчивые мысли, воспоминания, сновидения. В то же время женщины стремятся избегать мыслей, предметов, мест, которые напоминают о потере и вызывают повышенную напряженность, настороженность и беспокойство [2]. У женщин, желавших беременности и уже придумавших имя будущему ребенку, покупавших для него вещи, обнаруживаются более высокие показатели посттравматического расстройства [3].

Что касается психологического благополучия женщин с историей перинатальной потери, то можно сделать вывод о преобладании у них среднего уровня данного показателя. Низкие уровни встречаются у 19 % женщин, высокие – у 15 %. Низкие уровни отмечаются по таким шкалам, как положительные отношения с другими (23 %), управление окружением (23 %), личностный рост (21 %), цели в жизни (21 %). Высокие уровни чаще фиксируются по шкале «управление окружением» (15 %). Наиболее выражена автономия.

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что женщины, пережив перинатальную потерю, в построении взаимоотношений с другими людьми занимают в большей степени позицию помощника: с одной стороны, они стремятся со-

переживать другим, уделяя им время, бывают заботливыми и хорошими слушателями, но, с другой стороны, чувствуют себя одинокими, непонятыми, им трудно открываться, делиться с близкими своими переживаниями, касающимися ситуации перинатальной утраты. Женщины с подобной историей часто сообщают о своем желании избежать этой темы, но одновременно отмечают, что для них благотворной становится помощь другим, особенно женщинам, которые испытывали такую же утрату.

Приведенные результаты согласуются с результатами зарубежных исследований, где отмечается, что в ситуации перинатальной потери родители пребывают в своеобразной социальной изоляции [15]. Часто информация о подобном событии не разглашается, особенно если оно произошло на начальных стадиях беременности [7; 14; 15]. Когда другие люди узнают об утрате, то они не всегда в состоянии оценить ее значимость, допускают неприятные для родителей комментарии. Потерявшие ребенка родители часто отмечают, что даже близкие родственники и друзья становятся менее отзывчивыми и избегают разговоров о произошедшем [7; 11; 13; 14]. Недостаток социальной поддержки, внимания и сочувствия наблюдается и со стороны медицинского персонала [7; 11; 14; 16].

Практически все женщины с историей перинатальной потери возлагают ответственность за свою жизнь на себя (89 %): они хорошо справляются со своими ежедневными обязанностями, но находят их чрезмерными, испытывают стресс из-за того, что не могут эффективно и в полной мере решать все свои дела. Осознают, что недостаточно соответствуют обществу и людям, которые их окружают, 41 % женщин. В частности, подобное состояние могут испытывать те, кто имели на момент утраты старших детей, за которыми необходимо ухаживать, несмотря на горе, а также те женщины, которые вынуждены сразу после смерти ребенка вернуться к привычной работе.

Что касается личностного роста, то 73 % опрошенных женщин стремятся расширять свой кругозор, но в ходе познания себя, а 61 % респондентов, наоборот, желают отстраниться от получения нового опыта, не оказываться в незнакомых ситуациях, требующих изменения старого образа жизни, при этом 59 % респондентов полагают, что пока еще не достигли должного уровня в своем личностном развитии. Таким образом, женщины с историей перинатальной утраты оценивают себя, свой прежний уровень саморазвития и накопленный жизненный опыт более позитивно, а самосовершенствование в будущем в их представлении в большей степени связано с привычными для них образом действий и картиной мира.

Большинство женщин предпочитают всерьез думать о собственном будущем (80 %), распланировать свою жизнь наперед (61 %), а не жить только

настоящим моментом. Однако половина опрошенных признают постановку привычных целей пустой тратой времени (61 %), подчеркивает свою пассивную позицию в воплощении намеченных планов. О том, что они точно знают свое направление в жизни, сообщают только 41 % женщин. Подобные результаты могут указывать именно на переживание чувства неподконтрольности течения собственной жизни: женщины хотели бы ставить перед собой желанные цели, но испытывают тревогу по поводу возможности их реального достижения.

Также опрошенные признают, что быть довольным самим собой важнее, чем получать одобрение от окружающих людей; судят о себе согласно собственным ценностям и критериям; в решениях предпочитают руководствоваться своим личным мнением и принципами, не поддаются чужим убеждениям, остаются уверенными в своих взглядах даже под давлением близких и авторитетных людей (61 %).

При описании субъективной картины жизненного пути женщины с историей перинатальной потери отдают предпочтение скорее событиям прошлого (66 %), чем будущего (34 %): именно в прошлом преобладают радостные события (на это указывают 43 % опрошенных). Для 32 % респондентов такие события связаны с будущим. Грустные события, характерные для прошлой жизни, отмечаются в 23 % случаев, а для будущего лишь в 2 %.

Что касается сфер событий, названных женщинами, то во всех периодах и на всех эмоциональных полюсах преобладают ситуации, связанные с беременностью, рождением и воспитанием детей. Так, радостное прошлое, связанное с детьми, отмечается у 22 % респондентов, грустные события в прошлом – 48 %. В последнем случае все случившееся отражает ситуацию перинатальной потери. Радостные события будущего связаны с детьми для 47 % женщин, на это время планируется удачная беременность и рождение здорового долгожданного ребенка. В этой же модальности иногда описываются моменты воспитания и развития детей, желание взять приемного ребенка, если беременность по многим причинам невозможна. Среди грустных событий будущего также преобладают те, что касаются детей (54 %), но в данном случае женщины подчеркивают, что ребенок мог бы родиться в назначенную дату, сообщают о своем страхе перед новой беременностью, говорят о своем желании иметь ребенка, при этом понимая, что это никогда не случится.

Среди радостных событий из прошлой жизни женщинами с опытом перинатальной потери также часто выделяются те, что связаны с браком и учебой (в обоих случаях по 18 %). Среди грустных преобладает смерть близких родственников (16 %); физиологические неблагоприятные последствия медицинских вмешательств после перинатальной

утраты (12 %); брак, изменение взаимоотношений с супругом, развод (10 %). Радостными будущими событиями чаще всего называются те, что соотносятся с материальным положением (11 %), местом жительства, приобретением загородного дома и переездом в него, браком, саморазвитием и отдыхом (по 8 %). Среди грустных будущих событий преобладают события, касающиеся брака и здоровья (оба по 15 %).

Восприятие времени собственной жизни.

У женщин с опытом перинатальной потери период до нее в большей степени ассоциируется с яркостью, энергичностью, активностью (51 %), насыщенностью множеством событий, личностно значимых (81 %), а также в большинстве своем эмоционально приятных (59 %). Это время воспринимается как относительно упорядоченный и контролируемый (62 %), но и относительно неактуальный далекий период, в котором опрошенные не переживают себя как активно вовлеченного в происходящее участника (68 %). Настоящее же, несмотря на свой субъективный объем и насыщенность событиями (66 %), преобладающие переживания структурированности и прогнозируемости (62 %), переживается как статичное, пассивное время (77 %), как мало-значимый, внутренне отстраненный от восприятия женщин период (70 %), в котором доминируют пессимистичные переживания и негативные эмоции (51 %). Женщины с опытом перинатальной потери воспринимают свое будущее в большей степени как большой, продуктивный (74 %), хорошо прогнозируемый (81 %), личностно значимый (58 %), эмоционально приятный (79 %) период, для которого будут характерны переживание ими собственной инертности и пассивность (58 %).

С помощью критерия Манна – Уитни нами было также проведено сравнение психологического благополучия и восприятия времени собственной жизни женщин с историей перинатальной потери и женщин, не сталкивающихся с подобной психологической травмой.

Полученные данные демонстрируют, что у женщин, переживших перинатальную потерю, настроение ($U = 251, p = 0,0001$), самочувствие ($U = 456, p = 0,001$) более снижены, а состояние депрессии ($U = 426, p = 0,0001$) и симптомы посттравматического стрессового расстройства ($U = 527, p = 0,013$), наоборот, встречаются чаще. В частности, значительно чаще встречаются симптомы вторжения ($U = 450, p = 0,001$), избегания ($U = 579, p = 0,048$), физиологического возбуждения ($U = 557, p = 0,03$).

Отношение ко времени собственной жизни, зафиксированное в двух группах женщин, также имеет различия. Так, у женщин с опытом перинатальной потери преобладает количество и вес грустных событий в прошлом ($U = 386, p = 0,0001$; $U = 326, p = 0,0001$). В ситуации перинатальной потери настоящее ($U = 407, p = 0,0001$) воспринимается более

пессимистичным, тревожным ($U = 342, p = 0,0001$), статичным, пассивным ($U = 483, p = 0,003$), нереальным, оно переживается со внутренней безучастностью к происходящему ($U = 456, p = 0,001$). И будущее ($U = 414, p = 0,000$) также кажется менее радостным и ярким ($U = 446, p = 0,001$), менее структурированным, прогнозируемым и контролируемым ($U = 483, p = 0,003$), менее значительным и объемным ($U = 425, p = 0,000$), далеким, нереальным ($U = 460, p = 0,001$) периодом жизни; значимость и величина радостных событий в будущем снижены ($U = 522, p = 0,011$).

Можно отметить, что опрошенные при оценке своего жизненного пути чаще выделяют жизненные события биологического типа ($U = 305, p = 0,0001$). По видам событий у них доминируют события, касающиеся детей ($U = 319, p = 0,0001$) и собственного здоровья ($U = 327, p = 0,000$).

Таким образом, у женщин, имеющих опыт перинатальной потери, более выражено состояние психологического неблагополучия. У них отмечаются следующие особенности в восприятии времени собственной жизни: они переживают актуальный момент, в том числе связанный с пониженным настроением, депрессией, посттравматическим стрессовым расстройством, как наполненный неприятными эмоциональными переживаниями, ощущениями безысходности, тревожности, собственной инертности, отстраненности и проживаемый ими с позиции наблюдателя за собственной жизнью. У женщин указанной категории прошлое в большей степени связано с негативными жизненными событиями, ситуацией самой утраты; будущее воспринимается ими также в более пессимистичном свете. При этом образ будущей жизни наполнен меньшим количеством значимых и легко прогнозируемых событий: она воспринимается преимущественно как неподконтрольный и нереальный, слабо ощущаемый период жизни. Можно говорить о том, что у женщин, находящихся в ситуации перинатальной потери, происходит замирание духовной жизни, их чувства связаны переживанием пустоты и бессмысленности, о которых говорят В. Франкл, Р. Мэй и др.

Безусловно, требуется дальнейшее изучение возможных различий в психологическом благополучии и особенностях отношения женщин с различным гестационным сроком перинатальной потери, имеющим и не имеющим детей на момент утраты, к образу субъективной картины мира своего жизненного пути во временном аспекте.

Результаты ряда исследований показывают, что перинатальная потеря будет переживаться легче, если у женщины еще есть дети [2; 3]. Однако другие специалисты подчеркивают, что такое представление неправомерно, поскольку одного умершего ребенка другой живой заменить не в состоянии, при этом забота о ребенке, вынужденные бытовые процессы могут приводить к непродуктивному проживанию горя

перинатальной потери [5; 7; 8; 16]. В то же время женщины, имеющие детей на момент утраты, могут получать меньше эмоциональной и информационной поддержки, поскольку преобладает мнение, будто их потеря не является достаточно значимой в связи с их имеющимся статусом матери [16].

Также можно говорить и о неоднозначных результатах, связанных с гестационным сроком перинатальной потери [2; 8]. С одной стороны, не существует никаких различий в процессе переживания горя у женщин, потерявших беременность на ранних или поздних сроках [13; 15]. С другой стороны, отмечается, что с увеличением гестационного возраста появляются риски возникновения более глубокой депрессии [2]. При этом срок потери

может повлиять на уровень поддержки этих женщин со стороны людей, воспринимающих более позднюю утрату ребенка как более реальную [14]. При потере ребенка на раннем сроке беременности практически отсутствует переживание совместных событий с будущим ребенком: нет шевеления, нет фотографий с УЗИ. В этом случае признать реальность потери ребенка намного труднее, что может осложнить процесс горевания [14]. Предварительные результаты нашего исследования демонстрируют, что у женщин с более поздним сроком перинатальной потери значительно повышены уровни депрессии и ПТСР, а также преобладает более негативное восприятие времени собственной жизни.

Заключение

Перинатальная потеря представляет собой кризисное событие в жизни женщины и семьи в целом, оно связано со специфическими обстоятельствами самой потери и приводит к многочисленным психологическим и социальным последствиям. Травма перинатальной утраты несет в себе угрозу развития тяжелых психических состояний, таких как депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство, сказывается на общем переживании психологического неблагополучия. После перинатальной потери изменяются представления о себе, базовые убеждения относительно собственной жизни, а также субъективная картина всего своего жизненного пути.

После утраты беременности и смерти нерожденного ребенка женщины чаще всего испытывают физическую усталость, изнурение, бессонницу, уныние, печаль, повышенную раздражительность и пессимизм. Особенно сильно выражены чувства вины и самокритики. При этом отмечается нарушение доверительных отношений с другими, снижена возможность получения социальной и практической помощи. После перинатальной потери прошлое начинает восприниматься как более значимый объемный период, но наполненный неприятными событиями, касающимися самой потери, а будущее размыто и неопределенно, тесно связано с идеями новой беременности, рождением детей и полным погружением в заботу о них. Можно говорить о преобладании переживания беспомощности и тревожности по поводу возможностей достижения значимых жизненных целей, а также о том, что происходящие в жизни события неподконтрольны женщине.

Таким образом, травма перинатальной потери, на наш взгляд, требует своевременного психологического вмешательства. С одной стороны, необходимо помочь горюющей женщине осознать реальность утраты, воссоздать совместную с неродившимся ребенком историю, интегрировать ее в образ жизненного пути, помочь прожить актуальные неприятные и тяжелые переживания. Также стоит обратить внимание на возможность сделать неродившегося ребенка реальным представителем семьи, сохранив воспоминания и впечатления, его место в семье [11; 14]. Существенной становится и информация медицинского характера, проливающая свет на причину и последствия перинатальной потери, что в некоторой степени помогает справиться с переживанием беспомощности, самообвинением, беспокойством о будущем деторождении. Стоит обратить внимание на выстраивание социальной сети поддержки горюющей женщины, поскольку это один из основных факторов, влияющих на возможность совладания с утратой, в частности на выстраивание горюющими женщинами двунаправленной социальной поддержки друг друга. Особенно важно, по нашему мнению, сосредоточиться на реконструкции адекватного, оптимистичного и четкого образа будущей жизни, создании новых жизненных смыслов, которые становятся результатом продуктивного проживания горя перинатальной потери. Отдельно стоит отметить, что последующие за перинатальной потерей беременности также требуют грамотного психологического сопровождения.

Библиографические ссылки

1. Adolfsson A. *Miscarriage: women's experience and its cumulative incidence*. Linköping: Linköping University; 2006. 72 p.
2. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for Ob/Gyns*. 2000;7(2):64–69. DOI: 10.1016/S1068-607X(00)00023-8.
3. Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. 2008;17(3):451–464. DOI: 10.1089/jwh.2007.0505.
4. Callister LC. Perinatal Loss: a family perspective. *Journal of Perinat & Neonatal Nursing*. 2006;20(3):227–234. DOI: 10.1097/00005237-200607000-00009.

5. Clauss DK. *Psychological distress following miscarriage and stillbirth: An examination of grief, depression and anxiety in relation to gestational length, women's attributions, perception of care and provision of information* [dissertation]. Philadelphia: Drexel University; 2009. 134 p.
6. Murlikiewicz M, Sieroszewski P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage. *Archives of Perinatal Medicine*. 2012;18(3):157–162.
7. Scher J, Dix C. *Preventing miscarriage: the good news*. New York: Harper Perrenial; 2005. 304 p.
8. Swanson KM, Connor S, Jolley SN. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(1):2–16. DOI: 10.1002/nur.20175.
9. Кухарчик ЮВ, Гутикова ЛВ, Кухарчик ИВ. Рациональные методы терапии угрозы самопроизвольного прерывания беременности. В: Вильчук КУ, редактор. *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. Выпуск 8*. Минск: Медисонт; 2015. с. 80–84.
10. Костерина ЕМ. Психологическое сопровождение перинатальных потерь. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2004;2:94–107.
11. Leon IG. Helping families cope with perinatal loss [Internet]. *The Global Library of Women's Medicine*. 2009 January [cited 2019 June 12]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/244944608_Helping_Families_Cope_with_Perinatal_Loss. DOI: 10.3843/GLOWM10418.
12. Добряков ИВ, Блох МЕ, Фаерберг ЛМ. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горявания, формы психологической помощи. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015;64(3):4–10.
13. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187–194. DOI: PMC3384447.
14. O'Leary J. Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*. 2004;7(1):7–18. DOI: 10.1007/s00737-003-0037-1.
15. Mander R. *Loss and bereavement in childbearing*. New York: Routledge; 2006. 252 p.
16. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health Care*. 2016;26(3):11–15.
17. Завгородняя ИВ. Невынашивание беременности как переживание перинатальной утраты. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика* [Интернет]. 2017;2 [процитировано 16 февраля 2019 г.]. Доступно по: http://medpsy.ru/climp/2017_2_16/article09.php.
18. Hughes P, Riches S. Psychosocial aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2003;15(2):107–111. DOI: 10.1097/01.gco.0000063548.93768.17.

References

1. Adolfsson A. *Miscarriage: women's experience and its cumulative incidence*. Linköping: Linköping University; 2006. 72 p.
2. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for Ob/Gyns*. 2000;7(2):64–69. DOI: 10.1016/S1068-607X(00)00023-8.
3. Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. 2008;17(3):451–464. DOI: 10.1089/jwh.2007.0505.
4. Callister LC. Perinatal Loss: a family perspective. *Journal of Perinat & Neonatal Nursing*. 2006;20(3):227–234. DOI: 10.1097/00005237-200607000-00009.
5. Clauss DK. *Psychological distress following miscarriage and stillbirth: An examination of grief, depression and anxiety in relation to gestational length, women's attributions, perception of care and provision of information* [dissertation]. Philadelphia: Drexel University; 2009. 134 p.
6. Murlikiewicz M, Sieroszewski P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage. *Archives of Perinatal Medicine*. 2012;18(3):157–162.
7. Scher J, Dix C. *Preventing miscarriage: the good news*. New York: Harper Perrenial; 2005. 304 p.
8. Swanson KM, Connor S, Jolley SN. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(1):2–16. DOI: 10.1002/nur.20175.
9. Кухарчик ЮВ, Гутикова ЛВ, Кухарчик ИВ. Рациональные методы терапии угрозы самопроизвольного прерывания беременности. В: Вильчук КУ, редактор. *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. Выпуск 8* [Modern perinatal medical technologies in solving the problems of demographic security. Issue 8.]. Минск: Медисонт; 2015. p. 80–84. Russian.
10. Костерина ЕМ. [Psychological support of perinatal losses]. *Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya roditel'stva*. 2004;2:94–107. Russian.
11. Leon IG. Helping families cope with perinatal loss [Internet]. *The Global Library of Women's Medicine*. 2009 January [cited 2019 June 12]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/244944608_Helping_Families_Cope_with_Perinatal_Loss. DOI: 10.3843/GLOWM10418.
12. Добряков ИВ, Блох МЕ, Фаерберг ЛМ. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горявания, формы психологической помощи. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015;64(3):4–10. Russian.
13. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187–194. DOI: PMC3384447.
14. O'Leary J. Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of women's Mental Health*. 2004;7(1):7–18. DOI: 10.1007/s00737-003-0037-1.
15. Mander R. *Loss and bereavement in childbearing*. New York: Routledge; 2006. 252 p.
16. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *Journal of Family Health Care*. 2016;26(3):11–15.
17. Завгородняя ИВ. [Miscarriage as an experience of perinatal loss]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Internet]. 2017;5(2) [cited 2019 February 16]. Available from: http://medpsy.ru/climp/2017_2_16/article09.php. Russian.
18. Hughes P, Riches S. Psychosocial aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2003;15(2):107–111. DOI: 10.1097/01.gco.0000063548.93768.17.

Статья поступила в редакцию 01.07.2019.
Received by editorial board 01.07.2019.