

ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО СПЕЦИФИКЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УТРАТ

Маркман Елена Валерьевна

Аспирант, ЧОУ «Русская христианская гуманитарная академия»,
lev195197@gmail.com

REVIEW OF SCIENTIFIC RESEARCH ON THE SPECIFICS OF EXPERIENCING PERINATAL LOSS

E. Markman

Summary: The article provides an analysis of scientific research devoted to the consideration of the problem of perinatal loss, the specifics of a woman's emotional experiences during this period. The directions of research in the works of domestic and foreign scientists are concretized. The essence and basic patterns of trauma and perinatal loss experience are revealed. The influence of perinatal loss on the distortion of the image of a woman's physical self has been studied.

Keywords: perinatal period, perinatal loss, the image of a woman's physical self, trauma, stages of grief.

Аннотация: В статье приводится анализ научных исследований, посвященных рассмотрению проблемы перинатальной утраты, специфики эмоциональных переживаний женщины в этот период. Конкретизированы направления исследований в трудах отечественных и зарубежных ученых. Выявлены сущность и основные закономерности протекания травмы переживания перинатальной утраты. Изучено влияние перинатальной потери на искажение образа физического Я женщины.

Ключевые слова: перинатальный период, перинатальная потеря, образ физического Я женщины, травма, стадии проживания горя.

Актуальность исследования заключается в том, что на фоне снижения показателей рождаемости и увеличения числа осложненных родов, проблема изучения закономерностей перинатальных утрат, их последствий встает особенно остро.

Изучение психоэмоционального состояния женщин в период переживания психической травмы - перинатальной потери, является одним из значимых направлений исследований как медицинской, так и психологической науки. В рамках осуществления системы мер защиты репродуктивного здоровья женщин одной из приоритетных задач является снижение материнской и перинатальной смертности.

Цель исследования: проанализировать труды отечественных и зарубежных ученых для выявления специфики переживания перинатальных потерь. Задачи исследования:

1. Конкретизировать понятие «перинатальная потеря (утрата)».
2. Выявить закономерности психоэмоциональных переживаний женщин во время перинатальной потери.
3. Рассмотреть травмирующие факторы перинатальной потери, которые влияют на искажение представлений о себе, в том числе особенности восприятия своего физического и психологического образа Я.

Изучением проблемы переживания перинатальных

потерь занимались как отечественные, так и зарубежные психологи в русле разных психотерапевтических направлений: психоанализа, психологии переживания, когнитивной психотерапии, травматерапии и т.д.

В частности, были исследованы такие аспекты данной проблемы, как:

1. Общие аспекты перинатальной психологии (И.А. Кельмансон).
2. Феномен психологической травмы, который рассматривается также в контексте представлений о кризисах или кризисных состояниях (Е. Мазур, Ф.Е. Василюк, Б. Колодзин, Д. Калшед).
3. Специфика переживаний «бесправного горя» в ситуации перинатальной потери (Е.В. Маркман, К.Дока, Р.Босс.) [6, 12, 13]
4. Психологические аспекты перинатальных утрат (Е.А. Бурина, В.И. Добряков, М.Е. Блох, Н.А. Злакотина и другие).
5. Личностные трансформации женщин в рамках психотравмирующего опыта переживания перинатальных утрат (Е.А. Петражицкая, В.И. Добряков, Д. Пайнз).
6. Психологическое сопровождение женщин после травмы, перинатальной утраты, переживании ее последствий (Л.В. Грабаровская, Н.А. Злакотина, А. Ван Дер Харт и другие).

Для изучения специфических характеристик физического и психологического образа Я женщин, переживших перинатальную утрату, необходимо конкретизи-

зировать суть данного состояния. Под перинатальным периодом мы будем понимать «околородовой» период, который начинается с «22 полных недель внутриутробной жизни плода и заканчивается спустя 7 полных суток после рождения. Перинатальный период включает в себя время до родов – антенатальный, во время родов – интранатальный и после родов – постнатальный периоды». [5, с.8] Перинатальная утрата (потеря) - это случай, приводящий к гибели плода, смерти новорожденного: невынашивание, гибель плода, смерть новорожденного 9 до 28 суток). [10, с.168]

Изучив ключевые характеристики теоретического конструкта «перинатальная утрата», представленные в трудах: И.В. Добрякова, Е.А. Петражицкой, И.В. Султановой [3,8,10], мы выявили основные закономерности данного состояния:

1. Наличие психотравмирующего опыта, связанного с гибелью плода, либо новорожденного.
2. Наличие специфических обстоятельств (как социокультурных, так и психологических), усугубляющих процесс горевания;
3. Тенденции к саморазрушающему поведению у женщин, потерявших ребенка.
4. Наличие в структуре перинатальной утраты как физиологического, так и символического компонента.
5. Особенности эмоционального восприятия женщин, связанные с наличием чувства вины и стыда, самообвинения.
6. Говоря о перинатальной утрате как психической травме, следует отметить ее влияние на изменения в структуре идентичности женщины, в частности на искажение образа ее физического Я. По мнению многих исследователей психоаналитического направления (Х. Дойч, Д. Пайнз и др.) беременность сама по себе является кризисным периодом, сопровождающимся сильными эмоциональными переживаниями и началом индивидуализации женщины. Одной из целей такого кризиса является становление женской идентичности, а задачами в плане «достраивания» образа физического Я: принятие и осознание функций женских органов, подкрепления чувства собственного достоинства, повышение самооценки за счет доказанной фертильности и т.д. Все эти задачи имеют непосредственное влияние на формирование «телесного образа Я» женщины в системе ее Я-концепции в целом. В этот период, по Д. Пайнз во внутриспсихическом пространстве оживают конфликты предыдущих стадий психосексуального развития, и женщина вынуждена решать их внутренне и внешне новым путем. Могут актуализироваться регрессивные тенденции, связанные с травматичным опытом ранних объектных отношений. В частности, противоречивые чувства

к матери, невозможность идентификации с материнским образом, вина и негативные чувства к собственному Я – все это может проецироваться на созревающий плод. И тогда, «незавершенная беременность и отказ от рождения живого ребенка» [7, с.492] могут стать исходом проекции негативных, отвергающих чувств на плод и бессознательным способом разрешения внутриличностного конфликта.

Таким образом, по мнению ряда психоаналитиков одной из причин перинатальных утрат может стать бессознательное использование женщиной своего тела, в том числе в период беременности с целью разрешения внутренних тревог, актуализации «изгоняющих движений матки» для избавления от плохих аспектов собственного Я (бессознательная фантазия о плоде – как плохой части себя). При этом физический образ Я женщины страдает: опыт телесности в период беременности и родов, имеющий целью инициацию в новое Я, приносит боль, отчаяние и непринятие. Таким образом, становится заблокированным открытие женственности через перцепцию ранее недоступных ощущений, принятия функций матки, отказа от маскулинности. Говоря о специфике физического образа Я, следует отметить, что, чем хуже физическое самочувствие после утраты, тем сложнее женщине принимать себя и свое тело. Таким образом, наблюдается снижение самопринятия, женщина не хочет принимать себя такой, какая она есть, считает себя «ненормальной», не способной к вынашиванию плода и т.д.

Учитывая состояние женщины в периоде беременности как кризисном этапе - перинатальную потерю можно рассматривать как «кризис в кризисе, усугубляющий процесс совладания и провоцирующий повторное переживание горя со временем». [8, с.83]

Рассмотрим общее представление о специфике психоэмоционального состояния женщин, переживших перинатальную проблему. Прежде всего, ряд отечественных и зарубежных исследований подтверждают наличие высокого уровня посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у всех женщин изучаемой нами категории.

«ПТСР – психопатологические проявления, формирующиеся в результате воздействия тяжелого стресса, с характерными для них симптомами тревоги, депрессии, а также со злоупотреблением психоактивными веществами». [11,с.78] Психотерапевтическая энциклопедия конкретизирует три группы симптомов при ПТСР: «повторное переживание воспоминаний (реминисценции) в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров; симптомы избегания, «оцепененности»; симптомы гипервозбудимости». [9]

Большинство женщин испытывают депрессивные тенденции: сниженный фон настроения, понижение активности, апатию, средний уровень психологического благополучия. Женщины стремятся к высокой автономной позиции, при этом переживают изоляцию, избегая развития отношений с окружающими.

Следовательно, опыт перинатальной потери приводит к нарушению непрерывности жизненного пути, провоцирует появления чувства утраты контроля над своей жизнью и своим организмом, что несет за собой чувство беспомощности. Здесь следует упомянуть о том, что такая травматизация может рассматриваться как «синдром не-реализации», описанный в трудах О. Ван Дер Харта. [1]

При этом женщина испытывает некую травмирующую диссоциацию личности, ключевым аспектом которой является «неспособность к реализации, самоосуществлению, актуализацию множества способов не знать всей правды о пережитой травме». [1, с.189] «Синдром не-реализации» влияет на недостаточную жизнестойкость женщины в установлении новых взаимосвязей между внешним миром и чувством Я, понимание того, как ее эмоции и личные переживания будут отражаться на жизни. Используя такой синдром, женщины препятствуют изменению себя, исцелению своего тела, их дальнейшей адаптации и выздоровлению.

Все это влияет на психическое и физическое Я женщины, которые после пережитой утраты не способны принимать себя «во всей полноте женщины», открываться новому опыту в настоящем, чувствовать свою активность и личностную значимость.

Динамика реконструкции женской идентичности,

осознания своей полноценности как в телесном, так и в духовном измерении будет связана с преодолением «синдрома не-реализации», включающем последовательное осуществление двух процессов: 1) персонификации и 2) презентификации. [1, с.191]

Благодаря первому компоненту реализации личность женщины приобретает чувство личностной соотнесенности, включающее четкое осознание всех компонентов собственного опыта. Это способствует обретению чувства самого себя как активного субъекта, автора собственной жизни. Следует отметить, что по мнению О. Ван Дер Харта, у людей переживших травму, есть трудности в расширенной персонификации. Это значит, что диссоциированная часть личности с трудом находит реализацию. Когда расширенная персонификация достигается, тогда каждая часть личности женщины, в том числе травмированная субличность, «может в итоге сказать и о настоящем, и об истории личности в целом: «это мой опыт, мои чувства, мой опыт, мое тело, моя история». Без такой интеграции и полного осознания невозможно достичь реализации, а значит и полноценного функционирования, как в психологическом, так и в физическом контексте жизни.

Второй компонент - презентификация, под которой понимается «способность присутствовать в настоящем, создавая при этом связи между настоящим, прошлым и будущим, что позволяет быть максимально открытым переживанию реальности и совершать адаптивные действия, исходя из этого переживания». [1, с.192] Осуществляя описанную способность, женщина чувствует полную вовлеченность, участвует в создании текущего момента, повышает адаптивные возможности, демонстрируя рефлексивное и активное отношение к собственной внутренней реальности.

Таблица 1

Стадия проживания горя	Психологические и физические характеристики образа Я женщины
1.Шок и оцепенение (от нескольких часов до 9-14 дней)	Наблюдается отрицание потери, дезорганизация личности, заторможенность мышления и рассеянность внимания. Возможны: состояние истерики, реакции «замирания», плач, крик и т.д. Женщина ощущает себя как бы «вне тела». Сниженные физические ощущения и реакции. Слезливость.
2. Стадия поиска и тоски (от 2 недель до 2-3 месяцев)	Рационализация возможных действий в прошлом, которые могли бы не допустить утраты. Попытки изменить реальность перинатальной потери. Застывание в мыслях, использование замещающих действий. Синдром не-реализации. Повышенная агрессия (как ауто, так и гетероагрессия). В физическом плане: боль в груди, тошнота, нарушение пищевого поведения, проблемы с весом, ухудшение сна. Усиление враждебности к окружающим.
3. Стадия острого горя, депрессии	Потеря смысловых основ жизни, интереса к ней, погружение в себя, тоска, апатия. В физическом плане: сниженная двигательная активность, потеря веса, тахикардия, бессонница.
4.Стадия реорганизации и восстановления	Постепенная адаптация и возвращение к прежнему образу жизни. Восстановление адекватной самооценки, самоуважения и внимания к себе. Нормализация физического и соматического состояния.

Таким образом, психологические и физические характеристики образа Я женщины, которая испытала перинатальную утрату, связаны с «патологическим изменением поля и уровня сознания» со свойственной для этого состояния: недостаточной персонификацией личного опыта, деперсонализацией, выпадением из реальности, с тревожным, часто неподконтрольным и трудно прогнозируемым поведением.

Физический образ Я трансформируется за счет сильного физиологического стресса, следствием которого является «новая гормональная перестройка, меняется обмен веществ, биоэлектрическая активность головного мозга. Также, следует отметить, что психологические и физические характеристики образа Я женщины меняются в зависимости от стадии переживания горя (по И.В. Добрякову, Ф.Е. Василюку) [2, 3] (таблица 1).

Рассмотрев этапы горевания, отметим также, что «проживание горя не имеет определенного фиксированного окончания, стадии могут быть размыты, возвра-

щаться на прежний уровень». [2].

Как следует из анализа исследований, приведенных в статье, женщина, переживающая горе перинатальной утраты, реагирует буквально всем существом: физиологическими и соматическими проявлениями, поведенческими расстройствами, социально-психологическими реакциями и т.д. Динамика восстановления внутриспсихической реальности после перенесенной травмы будет зависеть от ряда факторов, в частности от таких, как:

1. Комплексная система внутренних ресурсов, в особенности способности к саморегуляции женщины. От возможности выразить свое горе, как внешне, так и внутренне.
2. Качество жизненного контекста, в том числе партнерских отношений. Наличия внешних ресурсов, психологической поддержки близких и специалистов;
3. Количество сопутствующих стрессогенных факторов, предыдущего опыта разрешения травмирующих ситуаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ван дер Харт О., Нейенхюс Э.Р.С., Стил К. Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2013. – 496 с.
2. Василюк, Ф.Е Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск.ун-та, 1984 – 200 с.
3. Добряков, И.В., Блох М.Е., Фаерберг Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи // Журнал акушерства и женских болезней. - 2015. - Т. 64. - №3. - С. 4-10.
4. Злакотина, Н.А. Психологическое сопровождение перинатальных потерь//Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук . 2015.- № 2.- С. 142-146.
5. Кельмансон, И.А. Перинатология и перинатальная психология: учебн. пособие. – СПб: СпецЛит, 2018. – 415 с.
6. Маркман, Е.В. Перинатальная потеря: проблема переживания бесправного горя// Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. - 2020. - Т. 34. - № 2. - С. 68-75.
7. Пайнз, Д. Беременность и материнство // Психология и психоанализ беременности. Хрестоматия. - М.: Изд. Дом «Бахрах – М», 2003. - С. 492-545.
8. Петражицкая, Е.А. Будущее в субъективной картине жизненного пути женщин с историей перинатальной потери//Право. Экономика. Психология.- 2019. - № 3 (15). - С. 82-87.
9. Психотерапевтическая энциклопедия /Под общей редакцией Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
10. Султанова, И.В. Психологические аспекты перинатальных утрат//Вестник современных исследований. 2019.- № 3.11 (30).- С. 168-173.
11. Фастовцов, Г.А., Соколова Е.А. ПТСР и коморбидные психические расстройства // Российский психиатрический журнал. 2012. №3.- С.77-79.
12. 12.Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. Journal of Marriage and Family, 66(3), pp. 551-566. URL: <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00037.x>.
13. Doka, K.J. Disenfranchised grief. //K.J. Doka (Ed.), Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington, MA: Lexington Books, 1989. pp.3-11

© Маркман Елена Валерьевна (lev195197@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»