



ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ УТРАТЫ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, СПЕЦИФИКА ГОРЕВАНИЯ, ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

© И. В. Добряков¹, М. Е. Блох², Л. М. Фаерберг³

¹ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург;

²ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д. О. Отта», Санкт-Петербург;

³МУ «Родильный дом № 1 г. Кургана», Курган

■ Рассматривается проблема перинатальных потерь с точки зрения особенностей и динамики переживаний стадий горя, основные формы психологической помощи в ситуации перинатальной утраты.

■ **Ключевые слова:** трофобласт; перинатальная утрата; психологическая помощь; стадии горевания.

PERINATAL LOSS: PSYCHOLOGICAL ASPECTS, THE SPECIFICITY OF MOURNING, FORMS OF PSYCHOLOGICAL HELP

© I. V. Dobryakov¹, M. E. Blokh², L. M. Faerberg³

¹North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

²D. O. Ott Research Institute for Obstetrics and Gynecology, Saint Petersburg, Russia;

³Maternity hospital № 1, Kurgan, Russia;

■ The problem of perinatal losses in terms of features and dynamics of the stages of grief experiences, the main forms of psychological assistance in situations of perinatal loss.

■ **Key words:** perinatal loss; psychological support; stage of mourning.

Проблеме перинатальных утрат последние годы уделяется пристальное внимание как в психологическом, так и медицинском сообществе, однако четко сформулированных положений в плане психологической помощи и психотерапии в нашей стране явно не достаточно. Как правило, не психологи, а акушеры-гинекологи, врачи, занимающиеся ультразвуковой диагностикой, не имеющие специальной подготовки в области сопровождения потери, вынуждены сообщать женщине и ее родственникам о нежизнеспособности или о смерти плода [3, 5]. Они используют присущую человеку от природы эмпатию, сопереживают горю утраты. При этом у врача возникают и собственные переживания, которые могут негативно сказываться на его психическом состоянии. У некоторых возможно возникновение, так называемого, синдрома эмоционального выгорания. В качестве защиты от глубоких переживаний у отдельных врачей может возникать своеобразный блок «эмоционального канала», что проявляется формальным, холодным, а иногда и циничным отношением к женщинам, переживающим утрату, и их родственникам. Подобное поведение медицинского персонала чревато ятрогениями [2]. А ведь от успешности переживания горя в ситуации потери зависит улучшение качества жизни пациентов, повы-

шение качества медицинского обслуживания, решение демографических задач, стоящих перед обществом.

К перинатальным утратам относят ситуации невынашивания беременности, аборта, внематочной беременности, антенатальной и интранатальной гибели плода, неудачу при экстракорпоральном оплодотворении, гибель одного из плодов при многоплодной беременности, смерти новорожденного ребенка, в некоторых странах и смерть усыновленного младенца, а также некурабельное бесплодие. Однако не только гибель ребенка, но и выявление грубой патологии плода при проведении обследования во время беременности, рождение ребенка-инвалида являются перинатальными потерями, так как родители (особенно мать) утрачивают надежду на счастье иметь здорового ребенка, растить его, радоваться его достижениям и гордиться ими.

Перинатальная утрата является психической травмой, так как вызывает переживания, имеющие длительное воздействие на психику человека. Психическая травма как следствие стресса вызывает тяжелее самого стресса, может провоцировать саморазрушающее поведение. Отреагирование ситуации психической травмы требует определенного времени. Чем сильнее была травма, тем больше необходимо времени на то, чтобы справиться с ней, времени, в течение которого человек горюет [1].

Ситуация перинатальной утраты провоцирует переживание горя и являет собой фактор риска нарушений функционирования всей семейной системы. У родителей возникает целый комплекс физических и символических утрат: утрата внешнего объекта, утрата значимого другого, утрата статуса родительства, утрата будущего, надежды, мечты, части себя, экзистенциальная потеря.

Горевание позволяет смириться с утратой, адаптироваться к новой ситуации. Горе можно определить как растянутый во времени процесс переживаний, включающий в себя множество изменений, являющихся проявлениями психологических, поведенческих, социальных и физических реакций на утрату [4]. Горе — трудное, но естественное чувство, которое необходимо пережить, а это требует много сил и мужества. Не его наличие, а именно отсутствие горя может указывать на отклонение от нормы, быть признаком нарушений. Хотя реакции людей на потерю индивидуальны и каждый реагирует на горе по-своему, выявлены общие закономерности динамики процесса горевания. Выделяют 4 сменяющиеся друг друга стадии этого процесса, отличающиеся характером переживаний и проявлений горя. Знание этих особенностей поможет понять, что они естественны, несколько снизить тревогу, конструктивно справиться с нахлынувшими чувствами, увидеть перспективу.

I стадия — эмоциональный шок и ступор.

II стадия — тоска и гнев.

III стадия — дезориентация и страдание.

IV стадия — реорганизация и разрешение.

Стадия I — эмоционального шока, сопровождаемого оцепенением (ступором). Продолжительность этой стадии зависит от многих факторов (особенностей личности, семейной ситуации, срока гибели и пр.). Она может быть различной, но, как правило, не превышает двух недель. При этом субъективно время для переживающего утрату течет медленно. Именно в этот период отмечаются максимальные проявления горя. Когда женщина узнает о фатальном исходе беременности, о вынужденной необходимости сделать аборт или о гибели ребенка, ей трудно поверить в реальность происходящего. Ведь в памяти еще свежи образы, представления, фантазии о ребенке. При утрате на поздних сроках беременности и после родов вспоминаются недавние ощущения шевеления плода. Особенно тяжелые переживания испытывает женщина, которой предстоит родить, зная, что ребенок умер. На этой стадии, помимо потери чувства времени, может нарушиться контакт с внешней реальностью: отмечаются расстройства внимания, трудности оценки ситуации и принятия решений. Женщине может начать ка-

заться, что это все происходит не с ней или что ей просто снится кошмарный сон, и возможно пробуждение. Нередко возникает ощущение своеобразного притупления эмоций, сопровождающееся мыслями: «Странно, произошло страшное, а я равнодушна, я ничего не чувствую...» и т.п. Это оцепенение — проявление ступора, являющегося защитной реакцией от переживаний лавины отрицательных эмоций. Когда оцепенение проходит, начинается II стадия горя.

Главной задачей психологической поддержки переживающего утрату на стадии эмоционального шока является помощь в осознании, принятии реальности утраты и понимании ее необратимости.

Стадия II — тоски, поиска ответов, гнева. Эта стадия может продолжаться от двух недель до трех месяцев. Переход к этой стадии знаменуют бурные внешние проявления бушевающих женщину чувств гнева, печали и вины. Женщина постоянно думает о постигшей ее утрате «Почему это произошло?», «За что мне это?», «Почему именно Я?». Назойливые выражения соболезнования, как и призывы «не думать об этом», раздражают. Они не только бесполезны, но и вредны, причиняют боль, провоцируют конфликты. Может начаться поиск виновных. Гнев может быть направлен на себя, на близких (супруга, других членов семьи, друзей) или на тех, кто, как кажется, обладает властью и может контролировать ситуацию (на врачей, медперсонал, на самого Господа Бога). Переживание собственной вины может быть очень тяжелым: «Я, должно быть, сделала что-то не так!» или «Я сделала что-то, чего не должна была делать». Гнев, направленный на себя, нередко приводит к депрессии.

На стадии тоски и гнева задача помощи состоит в том, чтобы облегчить переживание душевной боли, снизить и канализировать проявления неконструктивного гнева.

Стадия III — дезориентации и страдания. Эта стадия наступает обычно между пятым и девятым месяцами после утраты, может длиться год и более. Ее проявления связаны с измождением, явившимся следствием физических и эмоциональных испытаний: упадок сил, нарушения сна, головные боли, ухудшение памяти и внимания, повышенная утомляемость, снижение активности и трудоспособности, избегание общения, отчаяние. Приходит осознание реальности утраты, а вслед за ним ощущение пустоты и бессмысленности существования. Обостряется чувство собственной вины, своей несостоятельности («не смогла зачать здорового ребенка», «не смогла сохранить...», «неполноценная»). Нередко женщины, переживающие утрату, мучительно вспоминают прошлое, пытаются его анализиро-

вать, искать ошибки («Если бы я не поехала в гости и не простудилась...»), «Если бы вовремя пошла к врачу, рассказала бы ему о...»), корят себя за них, чувство вины возрастает. Для некоторых характерно навязчивое желание забеременеть снова как можно скорее, пойти на экстракорпоральное оплодотворение, как правило, чтобы забыть и снова пойти по пути достижения своей цели. Однако предпочтительно выдержать время, дать восстановиться телу для новой беременности, а главное, позволить душе обрести успокоение, так как психологический комфорт — это чрезвычайно важная составляющая здоровья. Прежде чем предпринимать попытки забеременеть, необходимо проконсультироваться у своего лечащего врача и, желательно, психолога или психотерапевта. Возможно, потребуется дополнительное обследование и лечение. Желательно, чтобы период между гибелью ребенка и новой беременностью составлял не менее 2–2,5 лет. Другие, наоборот, не верят в возможность следующей благополучной беременности, резко негативно относятся к разговорам на эту тему, заявляют, что не хотят больше беременеть никогда. В тяжелых случаях женщине может казаться, что она чувствует шевеление плода, что слышит детский плач. Как правило, она понимает, что это ложные ощущения, и возникает страх сойти с ума.

На стадии дезориентации и страдания поддержка эффективна, если помогает решить основную задачу: создание нового отношения к утраченному ребенку, принятие мира без него.

Стадия IV — реорганизации и разрешения, выхода из кризиса. Наступает приблизительно между восемнадцатым и двадцать четвертым месяцем после утраты. Постепенно восстанавливаются силы. Факт гибели ребенка окончательно принимается, осознается, но уже не занимает центральное место в жизни. Боль утраты не проходит, но становится терпимой, позволяет жить дальше: вернуться к домашним делам, профессии. Возвращаются интерес к жизни, способность радоваться, желание общаться. Чувство печали может приходить вновь, обостряться, особенно в те дни, когда должно было произойти нечто важное, связанное с малышом (дата зачатия, родов, годовщина смерти ребенка и пр.). Грусть может охватывать в праздники или при виде счастливых родителей с колясками. Однако эта печаль ощущается уже не как острая пронзительная боль. Улучшение состояния, возвращение к активному привычному образу жизни у некоторых людей вызывает опасения, что они начали забывать о случившейся беде, о потерянном ребенке, они могут даже испытывать чувство вины по этому поводу.

Однако тихая светлая печаль будет и впредь напоминать о том, что малыш навсегда поселился в душе, а жизнь продолжается.

На заключительной стадии реорганизации и разрешения важно помочь человеку найти свое место в мире, продолжать жить.

Разумеется, успешное течение стадий переживания утраты зависит от состояния здоровья женщины, семейной ситуации, своевременности и качества оказания психологической и медицинской помощи.

Формы оказания помощи при перинатальных утратах могут быть разными, помощь могут оказывать и специалисты, и близкие люди, наиболее продуктивным является сочетание различных форм помощи.

Информационная помощь

Дефицит информации порождает тревогу, не позволяет человеку оценить ситуацию, планировать будущее. Получение определенных сведений о происходящем, особенностях поведения, возможных действий в ситуации потери ребенка помогают адекватно реагировать на горе и не сожалеть позднее о том, что было не сделано в связи с дефицитом знаний. Предоставлять новую информацию нужно в виде душевной беседы, а не в форме нравоучений, микролекций. Причем важно в процессе беседы внимательно следить за реакциями человека, переживающего потерю ребенка. Это позволит понять, что находит отклик в душе собеседника, что он не принимает, понять стоит ли продолжать беседу на эту тему или надо перевести ее на другую, или вообще временно прекратить. Часто человеку, переживающему потерю, необходимо время, чтобы полученные сведения были осмыслены и приняты.

Чтобы информация помогла, а не усугубила тяжелые переживания, связанные с утратой, она должна быть:

- *своевременной*, то есть предоставляться тогда, когда ее готовы принять;
- *понятной*, то есть предоставляться в доступной форме простым языком, так как непонятные медицинские, психологические термины пугают, раздражают, вызывают чувство беспомощности;
- *объективной и правдивой*, так как недомолвки, фальшь вызывают недоверие и протест у переживающего утрату человека, который их интуитивно чувствует. Большой вред могут принести неверные сведения, полученные от некомпетентных, предубежденных, мистически настроенных людей;
- *оптимального объема*, так как и дефицит информации, не позволяющей ответить на возник-

кающие вопросы, и избыток ее, порождающий новые вопросы, могут ухудшить состояние переживающих утрату.

Психологическая поддержка

Психологическая поддержка оказывается близкими людьми (родственниками, друзьями, сослуживцами и т. п.) и теми, кто оказался рядом в ситуации переживания горя и готов поддержать страдающего человека.

Зачастую незнание стадий горевания, их длительности приводит к тому, что окружающие переживающего утрату люди оказывают поддержку, делая вид, что ничего страшного не произошло, призывают женщину закончить горевать или, если не получается, сдерживать, не проявлять чувства. Объясняется это тем, что им самим страшно говорить на темы смерти, у них самих нет вразумительного ответа на многие ставшие актуальными вопросы. Практика же показывает: какими бы болезненными ни были чувства, связанные с утратой, состояние человека, переживающего ее, будет восстанавливаться быстрее и лучше, если он позволит себе переживать горе в полной мере.

Психологическая поддержка эффективна, если на сменяющих друг друга стадиях переживания утраты она решает разные задачи, выделяя основные. К сожалению, нередко неудачно подобранные слова, действия не только не улучшают состояние переживающего утрату, а усугубляют его. Избежать этого может помочь выполнение следующих рекомендаций: в процессе взаимодействия следует выслушивать, честно отвечать на вопросы, используя простой стиль речи, не скрывать своих эмоций, нужно говорить «Я сожалею», «Я бы хотел, чтобы все кончилось иначе», «Я не знаю, что сказать», «Мне грустно», «Я сочувствую вам», «Есть ли у вас вопросы?», «Мы можем снова поговорить об этом немного позже». Не следует использовать медицинскую, психологическую терминологию, спорить с родителями, избегать вопросов, отмалчиваться, уходить, поддерживать попытки найти виноватого. Ни в коем случае не нужно говорить «Так лучше», «Могло быть хуже», «У вас еще могут быть дети», «Время лечит», «Хорошо, что ребенок умер, пока вы еще не привыкли к нему».

Чтобы поддержать переживающих перинатальную утрату можно неназойливо давать им такие рекомендации:

- Не отвергай поддержку и помощь, когда они предлагаются.
- Не терпи формальные, назойливые, нетактичные выражения сочувствия «из вежливости» или потому, что «нужно быть сильной». Избегай их.
- Выбери среди стремящихся помочь человека тактичного, внимательного, чуткого, с которым можно разделить свое горе, доверься ему.
- Не сопротивляйся, разреши себе чувствовать боль и потерю. Прими их.
- Не стесняйся своих чувств, открыто выражай их, позволь себе плакать.
- Заботься о своей внешности, физическом самочувствии.
- Старайся сохранить привычный режим дня, свой основной жизненный стиль.
- Будь терпима к близким, они тоже переживают боль утраты.
- Делай что-нибудь для других людей. Это может несколько облегчить твою боль.
- Знай, что острота переживаний может стихать, не испытывай по этому поводу чувства вины перед ребенком, не противься этому.
- Знай, что временами сила переживаний, острота боли могут по явной или скрытой причине становиться сильнее. Не пугайся этого, дай себе возможность скорбеть.
- Принимай активное участие в организации и проведении траурных мероприятий, как бы трудно и больно это не было.
- Если ты стала задумываться о вере, а тем более, если ты человек верующий, обратись к священнослужителю за духовной помощью.
- Не стесняйся обращаться за профессиональной помощью к психологу, психотерапевту, особенно если не справляешься с чувствами гнева и вины, отдаляешься от близких, теряешь интерес к жизни.

Духовная помощь

Психологическая поддержка человека должна сочетаться с духовной помощью, касающейся важных вопросов мировоззрения, смысла жизни. Они становятся актуальными для человека, выбитого из колеи обыденной жизни перинатальной утратой, внезапно нарушившей привычные представления об окружающем мире, вызвавшей психическое напряжение, тревогу. Для человека верующего обратиться за духовной помощью в храм к священнослужителю естественно. Опытный священнослужитель, как правило, находит пути облегчения страданий переживающих перинатальную потерю верующих. Недаром в некоторых странах медработникам предписано учитывать религиозные верования родителей, потерявших ребенка, и предлагать им услуги священнослужителя.

Большую роль в осуществлении духовной помощи играет проведение траурных мероприятий. Траур — это форма публичного выражения переживаний горя в виде принятых в данном культур-

ном обществе ритуалов, обрядов. Цель проведения траурных церемоний — структурирование и завершение цикла переживания горя. Помогает этому совершение обрядов и ритуалов. Они предоставляют растерянному человеку, переживающему утрату, социально одобряемую возможность совершить вместе с близкими людьми определенные действия, позволяющие проявить горе, упорядочить личное и общественное поведение в ситуации утраты, почувствовать и осознать общность. Траурные церемонии, сопровождающиеся поддержкой и духовной помощью, приводят к облегчению состояния человека, переживающего утрату.

В большинстве конфессий существуют обряды крещения и отпевания, молитвы, похорон, имеющие мощное духовное воздействие на человека. Чтобы расстаться с умершим, нужно проститься с ним. Проститься означает получить прощение и от него, и у него. В случае перинатальной утраты прощения у младенца получают за все, что вызывает чувство вины («не уберегли... не смогли...»), его прощают за ту боль, которую принесла его смерть. Проведение религиозных мероприятий позволяет исподволь получить прощение и простить, после чего испытать большое облегчение.

К сожалению, часто родителям практически не предоставляется возможность попрощаться с умершим младенцем, иногда даже увидеть его. Это значительно ухудшает течение процесса горевания, увеличивает его продолжительность, так как нет выраженного феномена отсутствия того, кто жил, а потому нет сигнала об утрате, признание и наличие факта утраты затруднено («Не стало того, кого как бы еще и не было»). Во многих странах медицинским работникам предписывается предлагать родителям увидеть, подержать в руках своего мертвого ребенка, попрощаться с ним. При этом несостоявшиеся родители должны чувствовать сочувствие и сопереживание горя со стороны медицинского персонала, который их окружает и оказывает тем самым духовную помощь. Врачи, акушерки, медицинские сестры побуждают родителей преодолеть страх перед неизвестностью, дотронуться до ребенка, обратиться к нему и произнести слова любви и скорби. Подобные мероприятия естественны и очень важны. Сочетание их с допустимыми религиозными обрядами усиливает эффективность.

Психологическое консультирование

Этот вид психологической помощи осуществляется путем специально организованного консультантом общения с клиентом в процессе

1–3 бесед. Как правило, каждая консультация не требует обязательного продолжения, то есть должна носить законченный характер. Подобные консультации при перинатальной утрате необходимы в тех случаях, когда у переживающих ее людей нет явных нервно-психических нарушений, однако получаемые информационная и духовная помощь, психологическая поддержка явно недостаточны.

При психологическом консультировании утраты учитывается, что проявления горя индивидуальны и могут сильно отличаться у разных людей. Психолог-консультант умеет различать нормальные формы переживания перинатальной утраты (неосложненное горе) и патологические (осложненное горе), может дифференцированно, с учетом индивидуальных особенностей строить свою работу.

Признаками неосложненного горя являются:

1. Наличие динамики в состоянии переживающего утрату, выражающейся в постепенном уменьшении интенсивности переживаний, печали.
2. Способность периодически переключаться на темы, не касающиеся утраты, проявлять интерес к обыденной жизни.
3. Возвращение в течение первых 6 месяцев после перинатальной утраты способности испытывать иногда положительные эмоции.

Психолог, не вмешиваясь грубо в течение естественного процесса горевания и не стремясь его прервать, выявляет и актуализирует личностные ресурсы переживающего человека, способствуя динамике неосложненного горевания.

При перинатальной утрате возможно психологическое консультирование:

- женщины, потерявшей ребенка;
- ее близких (мужа, родителей, детей и пр.).

При этом женщина, как правило, не стремится к консультации, погружена в свое горе и не хочет помощи. Прежде всего, консультанту необходимо установить с ней доверительный контакт или хотя бы уговорить выслушать рекомендации, основанные на опыте помощи при перинатальных утратах. Близкие, как правило, охотно пользуются предоставленной возможностью получить консультацию психолога, интересуются, как могут облегчить состояние женщины, как правильно строить с ней отношения, о чем говорить.

В процессе консультирования женщина, переживающая утрату, получает важную информацию, которую не может получить от близкого окружения, при дружеской поддержке, но которой владеет профессиональный психолог. Большое значение имеют рекомендации перинатального психолога-консультанта об организа-

ции прощания с умершим новорожденным. Если это физически возможно, женщине должна быть предоставлена возможность увидеть ребенка, поддержать его, попрощаться с ним, собрать памятные материалы, которые впоследствии будут подтверждать его существование, и все надежды и мечты, связанные с этим малышом. Родителям рекомендуется:

- Побывать с ребенком наедине. Поддержать, рассмотреть, покатать его, не сдерживая эмоций. Позволить себе вести себя так, как хочется: плакать, гладить ребенка, качать его...
- Если есть возможность, искупать малыша, расчесать волосики, одеть его так, как если бы он родился живым.
- Даже если ребенок родился с отклонениями развития, деформациями, нарушением кожных покровов и матери страшно взять на руки мертвое тельце, можно попросить прикрыть пеленкой или одеяльцем явные нарушения или принести ребенка позже. В противном случае в дальнейшем фантазии о том, как ребенок мог выглядеть, могут оказаться более страшными и разрушительными, чем то, что есть на самом деле.
- Ребенку дать имя. Это может быть имя, которое еще во время беременности предполагалось дать ему, может быть иное, которое покажется подходящим. Признав его, таким образом, реальным человеком, легче принять реальность того, что он был. Имя очень важно для человека для сохранения памяти о нем. Важно, думая о нем, разговаривая о нем с близкими и другими людьми, называть его по имени.
- Сохранить копии больничных выписок, записей параметров ребенка, свидетельство о смерти, больничные бирки и браслеты.

В процессе переживания своего горя родителям придется столкнуться с неоднозначным вопросом: как поступить с мертвым плодом? В родильном доме могут предложить родителям самостоятельно провести процесс захоронения, но иногда лишают их такого выбора. С позиции психологии, даже в случаях небольших сроков беременности, выбор должен быть предоставлен. Это обусловлено тем, что психологический компонент гестационной доминанты у женщины все еще сохраняется и сохраняется образ-представление о ребенке. Образ ребенка, сформировавшийся на протяжении многих дней представлений и фантазий, продолжает существовать в сфере психического как женщины, так и мужчины. Поэтому процесс похорон, как традиционный ритуал, способствует постепенному этапу «прощания» с внутренним образом ребенка, что необходимо для прохождения процесса

естественного горя и благополучной адаптации. К обсуждению организации прощания, погребения, кремации, всех процедур, связанных с погребением и поминками, могут быть привлечены родственники, священнослужители соответствующей конфессии. При этом обязательно учитываются правила, существующие в медицинском учреждении. Рекомендуется организовать погребение уже после выписки женщины из больницы, чтобы она смогла присутствовать на похоронах и еще раз попрощаться. Нарушение процесса расставания с внутренним образом ребенка может привести к возникновению фантомных ощущений шевеления плода, к тяжелым и длительным эмоциональным переживаниям утраты. В последующем может привести к развитию длительной и тяжелой депрессии.

На первый взгляд подобные рекомендации, направленные на профилактику осложнений процесса горевания, могут показаться неуместными, и даже кощунственными, вызвать протест, но те, кто позволил себе им следовать, впоследствии очень ценили все, что им удалось сделать.

Неверно полагать, что можно не думать о случившейся беде, забыть и не вспоминать о ней. Нужно готовиться к тому, что переживания еще долго будут сильными и болезненными. Боль от утраты, безусловно, сильна, но полноценное проживание этой боли позволяет со временем найти ей соответствующее место в душе. Попытка же заглушить ее искусственно, сделать вид, что ее нет, только растянет тяжелые переживания во времени, осложнит их течение.

Перинатальный психолог-консультант может своевременно заметить, что горе принимает осложненные формы, и замотивировать переживающих утрату на получение психотерапевтической помощи.

Психотерапия

Психотерапией принято называть лечебное воздействие на психику и через психику на организм человека. В случае перинатальной утраты психотерапия необходима тогда, когда течение горя приобретает осложненный характер. Процесс принимает патологическое течение в случае, как писал З.Фрейд, когда «работа скорби» неудачна или не завершена. Патологическое течение затягивается на несколько лет, может сопровождаться развитием тяжелой депрессии, психосоматических болезней, личностных изменений, нарушающих социальную адаптацию.

К признакам осложненного горя относится отсутствие динамики переживаний. При осложненном горе фон настроения человека постоянно сниженный, он постоянно думает о случившемся,

предается горестным мыслям, затруднено возвращение к обычной жизни. Задача психотерапевта не помочь переживающему утрату забыть о горе, а способствовать включению его в обыденную жизнь (интегрировать) таким образом, чтобы оно не заменяло ее и не мешало ей, то есть, чтобы процесс горевания протекал в естественном неосложненном варианте.

При эффективной психотерапии переживания горя перестают быть острыми настолько, что человек, перенесший перинатальную утрату, успешно восстанавливает отношения с окружающими, возвращается к привычным для него видам деятельности.

Медикаментозная терапия

Цель медикаментозной терапии не снять, а уменьшить интенсивность тревожно-депрессивных переживаний с целью большей восприимчивости к другим формам помощи (информационной, психологической поддержке, духовной, психологического консультирования, психотерапии). Кроме того, переживание утраты может вызвать обострение или возникновение соматического заболевания, при этом многие в состоянии горя не склонны обращать внимание на свои недомогания, обращаться к врачу. Важно замотивировать их обратиться за квалифицированной помощью специалиста.

Статья представлена Э. К. Айламазяном,
ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д. О. Отта»,
Санкт-Петербург

Литература

1. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. Пер. с англ. 2-е изд. М.: Когито-Центр; 2014.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер; 2010.
3. Добряков И. В., Колесников И. А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь. В кн.: Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. СПб.: Изд-во ИПТП; 2006: 156–9.
4. Изард К. Эмоции человека. М.: МГУ; 1980.
5. Костерина Е. М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь. Перинатальная психология и психология родительства. 2004; 4.

Referenses

1. Volkan V., Zintl Je. Zhizn' posle utraty. Psihologiya gorevaniya [Life after loss. Psychology of mourning]. Per. s angl. 2-e izd. M.: Kogito-Centr; 2014. (in Russian).
2. Dobryakov I. V. Perinatal'naja psihologija [Perinatal psychology]. SPb.: Piter; 2010. (in Russian).
3. Dobryakov I. V., Kolesnikov I. A. Psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty perinatal'nyh i neonatal'nyh poter' [Psychological and psychiatric aspects of perinatal and neonatal losses]. V kn.: Reproaktivnoe zdorov'e obshhestva: sb. materialov mezhdunarodnogo kongressa. SPb.: Izd-vo IPTP; 2006: 156–9. (in Russian).
4. Izard K. Jemocii cheloveka [human emotions]. M.: MGU; 1980. (in Russian).
5. Kosterina E. M. Psihologicheskoe soprovozhdenie perinatal'nyh poter' [Psychological support of perinatal losses]. Perinatal'naja psihologija i psihologija roditel'stva. 2004; 4. (in Russian).

■ Адреса авторов для переписки

Добряков Игорь Валериевич — к. м. н., доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. **E-mail:** dodriakov2008@yandex.ru.

Блох Мария Евгеньевна — к. м. н., врач-психотерапевт. ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д. О. Отта». 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** blohme@list.ru.

Фаерберг Леонид Михайлович — медицинский психолог. МУ «Родильный дом №1 г. Кургана». 640006, Россия, Курган, ул. Советская, д. 161. **E-mail:** leofaerberg@gmail.com.

Dobryakov Igor' Valerievich — North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Line Dept of Child Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology. 191015, St. Petersburg, Kirochnaya St., 41, Russia. **E-mail:** dodriakov2008@yandex.ru.

Blokh Mariya Evgen'yevna — D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** blohme@list.ru.

Faerberg Leonid Mikhaylovich — medical psychology. Maternity hospital N 1. 640006, Kurgan, Sovetskaya St., 161, Russia. **E-mail:** leofaerberg@gmail.com.