

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко,
Р.І. Ісаков

ВДНЗУ «Українська медична
стоматологічна академія»,
м. Полтава

ЖІНКА ТА ПЕРИНАТАЛЬНА ВТРАТА

Резюме

У статті розглянуто й систематизовано стан вивчення проблематики, пов'язаної з психологічними переживаннями жінок після перинатальної втрати. Проаналізовано психологічні та психіатричні аспекти проблеми, досвід реабілітаційних практик. Увага акцентується на індивідуальних та ситуаційних аспектах переривання вагітності, що визначають характер психологічного реагування.

Ключові слова

Жінка, вагітність, перинатальна втрата, реабілітаційні практики.

Вагітність, пологи, материнство — етапи особистісного росту жінки, а роль матері — вершина цього шляху, унікальне явище, що виникає внаслідок трансформації цінностей, уявлень про себе й оточуючих, змін стереотипів поведінки. На кожному з цих етапів виникає складна гамма психологічних проблем, зумовлених стрімкими біологічно-соціальними перетвореннями, що відбуваються на шляху до материнства. Але психологічно найскладнішою для жінки є ситуація перинатальної втрати.

До перинатальних втрат зараховують усі випадки позаматкової вагітності, невиношування, антенатальну та інтранатальну загибель плода, а також смерть немовлят протягом перших 28 днів життя після народження. У деяких країнах до цього переліку додають ще й некурабельне безпліддя. Проте головною за поширеністю й значущістю є проблема передчасного переривання вагітності.

Втрата навіть ненародженої дитини призводить до руйнування частини особистості жінки, пов'язаної з материнством. Для кожної потенційної матері, незалежно від її віку та виховання, така подія є психотравмою, що зачіпає цілу низку як інстинктивних процесів, так і моральних аспектів психічної діяльності. Але індивідуальна картина психологічних наслідків перинатальної втрати суттєво залежить від причин, що, власне, її й викликали. Серед них виділяють три головні [1]:

1. Рішення жінки про суб'єктивно зумовлене небажання народжувати дитину.
2. Медичні показання щодо аномалій плода, неможливості виносити й народити дитину.
3. Спонтанний викидень як наслідок патологічних процесів.

© А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

Причини й передумови медичних абортів.

Серед причин штучного переривання вагітності можна виділити як соціально-економічні чинники, так і психологічні проблеми, що призводять до труднощів соціальної адаптації, невміння гармонійно планувати власне статеве життя.

Існує небезпечна ілюзія щодо того, начебто аборт — універсальний засіб швидкого вирішення проблеми «небажаної вагітності», завдяки якому можна повернути назад той час, коли зачаття ще не відбулося. Це інфантильне уявлення про проблему. Насправді непланова і небажана вагітність ставить жінку в ситуацію, з якої немає виходу, що передбачав би швидке і безболісне вирішення усіх існуючих проблем. Тому потрібно чітко і ретельно зважувати всі аргументи перед прийняттям остаточного рішення як про зачаття, так і про можливе переривання вагітності.

Іноді причиною абортів є психологічна незрілість жінки, що не дозволяє подолати труднощі. Первинне бажання стати матір'ю не завжди базується на чіткому розумінні проблем, з якими доведеться зіткнутися в процесі виношування і пологів. Перші психофізіологічні трансформації на ранніх етапах вагітності викликають депресивні та тривожно-депресивні реакції, для яких характерні: дискомфорт, страх, тривога, песимізм, апатія, пригніченість, відчуття безпорадності [2].

Під впливом цієї симптоматики виникає свого роду «тимчасова зашореність свідомості», яка не дозволяє спокійно і зважено проаналізувати ситуацію. Мислення і поведінка стають ірраціональними, сторонні спостерігачі порівнюють таку поведінку з діями «загнаного і зацькованого звірятка», який не знаходить виходу з обставин, що склалися.

Перебуваючи в такому стані, вагітні жінки відзначаються підвищеною сугестивністю, стають надміру вразливими до думки третіх осіб. Дуже важливо, аби лікарі в такі кризові моменти діяли зважено і відповідально. На жаль, гінекологи часто йдуть шляхом найменшого спротиву і рекомендують перервати вагітність, на що отримують швидку згоду від тих жінок, які наперед внутрішньо готові до саме такого розвитку подій.

Інфантильно-поверхова оцінка реальності з їх боку сприяє легкості прийняття подібних рішень. Аби захистити себе від неприємних думок, вони вдаються до постановки питання «народжувати чи ні» замість вирішення реальної дилеми «робити аборт чи ні». З тією ж метою активно витісняються із свідомості думки про характер можливого оперативного втручання і його наслідки для здоров'я загалом та репродуктивної функції зокрема. Насправді найкращим варіантом подолання інфантильних установок щодо материнства в подібних випадках є психотерапевтично підтримана виношена вагітність і повноцінні пологи. Думка лікаря часто стає вирішальним чинником, і грамотному спеціалістові іноді достатньо просто аргументовано відмовити жінку від швидкого необачного кроку.

Завжди потрібно пам'ятати, що думки про аборт можуть мати тимчасовий характер, адже вагітність розвивається протягом тривалого часу і супроводжується значними трансформаціями соматичного і психічного стану майбутньої матері. Досить поширеною є ситуація, коли жінка багато разів змінює думку і не може твердо визначитись щодо того, чи бажаною для неї є уже зачата дитина. Але в сприятливих психологічних та побутових умовах страх і амбівалентність, характерні для першого триместру вагітності, з часом нівелюються. Зокрема, відомо, що абсолютна більшість потенційних мам, які так чи інакше роздумували над доцільністю переривання вагітності, відчувши перше ворухіння плода, приймають тверде рішення народжувати дитину [3].

У подальшому, після народження «незапланованої» дитини, вони переймаються до неї щирою любов'ю й ніжністю та починають цінувати радість материнства, яка переважає гіркоту проблем і тяжкість зміни життєвих планів. Таким чином, психологічна травма, пов'язана з «небажаною вагітністю», долається дуже швидко і безслідно, нічим про себе в подальшому не нагадуючи. Якщо чоловік у цій ситуації займає конструктивну позицію, демонструючи готовність прийняти рішення жінки й надати їй свою підтримку, то надалі це сприяє зростанню його авторитету в сімейному колі. Він сприймається як відповідальний і зважений голова сімейства,

який, незважаючи на певні ризики та незручності, застеріг дружину від необачного кроку.

На практиці більшість жінок переривають вагітність за так званими «соціальними показаннями», і значна частина з них роблять це проти своєї волі, опинившись під соціальним тиском. Родичі, чоловіки та сексуальні партнери, ігноруючи потенційні тяжкі наслідки, змушують їх «заради загального блага» відмовитись від материнства. Згідно зі статистикою, близько половини жінок, які відчували психічні ускладнення після абортів, стверджують потім, що зважились на переривання вагітності під тиском оточуючих. Цілком очевидно, що переважна їх більшість не зробили би цього, якби хоч хтось був готовий розділити з ними повноту відповідальності за долю дитини.

Перинатальна втрата після штучного переривання вагітності. Загалом, поширеність гострих афективних реакцій одразу після штучного абортів є меншою, ніж у випадку спонтанного переривання вагітності [4]. Підвищують імовірність таких реакцій позитивне сприйняття власної вагітності, соціальна незахищеність, наявність в анамнезі психічних захворювань і консервативні погляди на аборт.

Психологічно надзвичайно складною є ситуація, коли після повідомлення про факт внутрішньоутробної смерті плода на жінку ще очікують пологи вже неживою дитиною. Як правило, пологова діяльність у таких випадках перебігає слабо, з численними ускладненнями.

Непростою також є ситуація, коли медичному абортів передують антенатальна діагностика тяжких вад розвитку ще живого плода. Подібна звістка тяжко травмує психіку обох батьків і запускає процес переживання горя ще до виконання хірургічних маніпуляцій. Почуття скорботи може поєднуватися з роздумами про власну відповідальність за стан дитини і звинуваченнями себе за легковажне ставлення до ситуації зачаття і виношування. Якщо остаточне рішення про переривання вагітності з огляду на виявлену патологію плода приймають самі батьки, то в подальшому багато з них, навіть раціонально розуміючи правильність свого рішення, амбівалентно відчують докори сумніння і страждають через гнітючі сумніви. З одного боку, вони відчують полегшення від того, що вдалося уникнути народження дитини з тяжкою патологією, а з іншого — не можуть позбавитись почуття провини за прийняте рішення.

Іще більш частим клінічним проявом є почуття провини, що виникає у всіх причетних до прийняття рішення про медичний аборт за соціальними показаннями. Тяжкість цих переживань може бути настільки нестерпною, що жінка в пошуках власного виправдання намагається пере-

кинути відповідальність на батька дитини або власних батьків, при цьому виникають сімейні конфлікти, що часто призводять до руйнування стосунків і розлучення. Почуття провини може посилюватись на тлі безпліддя, викиднів як наслідку перенесених абортів. І навпаки, послабити його може народження наступних дітей.

Відсутність розуміння з боку близьких людей значно ускладнює реабілітацію жінок, які пережили медичний аборт. Тема втрати вагітності, як правило, оминається ними в процесі спілкування з огляду на болісність спогадів про це. Ще більш травматичний вплив може справляти споглядання вагітних жінок чи ситуацій спілкування мам із новонародженими дітьми. Уникання усіх цих ситуацій робить жінку ще більш ізольованою, іноді ускладнюючи навіть спілкування з друзями, знайомими та власною родиною.

Вагомий вплив досвід абортів справляє на сімейні стосунки, особливо якщо на прийняття рішення про доцільність переривання вагітності активно впливав потенційний батько. У результаті пережитого дружина втрачає повагу до чоловіка як людини, здатної її зрозуміти, захистити і підтримати в складній ситуації. Часто це стає початком загального руйнування стосунків.

Якщо на аборт зважається досвідчена жінка, яка вже має дитину, то це часто підштовхує її до ролі «радіолокаційної мами», яка демонструє надміру авторитарність і надокучливість, схильна до гіперопіки, пригнічує індивідуальні свободи дітей [5]. Як наслідок такого стилю виховання — вони виростають залежними, примхливими, інфантильними і малоініціативними. Але й після дорослішання «радіолокаційний» настрій мами (свекрухи або тещі) справляє суттєвий деструктивний вплив на подружнє життя, типовим проявом чого є емоційний терор, спрямований на кохану людину своєї дитини.

Поширеним наслідком переривання вагітності є емоційна відгородженість — звуження спектра емоційних реакцій або формування моделей поведінки, що зводять до мінімуму будь-які контакти, здатні так чи інакше нагадати про обставини, пов'язані з психологічною травмою. Тенденції до емоційної ізоляції можуть виходити далеко за межі власне ситуації абортів і торкатись загалом відмови від сексуальних стосунків, взаємин із чоловіками, спілкування з дітьми. Такі жінки мають не тільки труднощі з встановленням почуттів любові та ніжності, але й з комунікативними навичками загалом, що посилює їх самотність і залишає наодинці з психотравматичними переживаннями.

Образ за прийняте помилкове рішення іноді породжує агресію з боку жінок щодо тих, на кого вони покладають провину за втрачену

можливість народити дитину. Як правило, насамперед це стосується сексуального партнера, який здійснював психологічний тиск і намовляв на аборт. Іноді вагітність переривають без його відома, але це свідчить лише про відсутність довіри в стосунках або ж про наявність страху, наприклад, після попередніх абортів, здійснених під тиском.

За даними статистичних досліджень, близько 80% випадків переривання вагітності до заміжжя під тиском статевих партнерів закінчуються розривом стосунків без укладання шлюбу [6]. До того ж активна роль чоловіка в процесі прийняття рішення про аборт часто робить жінку фригідною, а іноді й підштовхує до зміни статевої орієнтації на лесбійську.

Іншою мішенню агресивних тенденцій з боку жінки, яка перервала вагітність, може стати лікар. Після звичайних операцій зазвичай до нього почувають вдячність, але ситуація абортів має кардинальні відмінності. Ідучи до лікаря за консультацією, переважна більшість жінок уже схильються до вибору, але не мають твердого переконання, підсвідомо сподіваючись почути «ні». По суті, жінка приходить до гінеколога з депресією, а не з проблемою вагітності. Направлення на аборт має вигляд радикального рішення, але насправді жодним чином не вирішує основну проблему.

Перинатальна втрата після спонтанного переривання вагітності. Із точки зору психології, стан батьків, які втратили бажану для себе дитину через незалежні від них обставини, характеризується як реакція тяжкої втрати і горя. Неспеціалісти терміни «горе» і «втрата» використовують зазвичай як синоніми, але психологи та психіатри визначають більш вузькі рамки цих понять [7].

Втрата — це людський досвід, пов'язаний із позбавленням чогось значущого й афективно забарвленого, цінного з точки зору відчуття індивідом своєї цілісності та стабільності існування.

Окрім смерті близьких людей, до категорії втрат належать звільнення з роботи, зміна соціального статусу, інвалідизація, втрата фізичної привабливості, матеріальних цінностей, а також розлучення, смерть домашньої тварини або публічної особи тощо.

Подібні ситуації диференціюють, виділяючи фізичні та символічні аспекти.

Фізична втрата — позбавлення матеріального об'єкта, що є очевидним і зрозумілим для оточуючих.

Символічна втрата — це зникнення чогось невлучного, але символічно значущого для людини, що часто взагалі не визнається оточуючими за втрату. Це може бути вихід на пенсію, розвиток хронічного захворювання, крах надій.

Ситуація спонтанного абортів або смерті дитини в перинатальному періоді є надзвичайно складним біопсихосоціальним феноменом, що поєднує в собі фізичні та символічні елементи.

Біологічний аспект полягає в різкому руйнуванні діадної системи нейрогуморальних процесів у організмі жінки. Фізіологічні показники відновлюються поступово, і навіть після переривання гестації вона може протягом певного часу продовжувати переживати фізіологічні симптоми вагітності, що, як правило, сприймаються обтяжливо та психотравмуюче.

З іншого боку, народження першої дитини допомагає подружжю здобути статус батьків, що на рівні символізму асоціюється з більшою успішністю та вищим соціальним статусом. А жінка в стані вагітності ще і здобуває особливу увагу суспільства до себе, що є приємним бонусом до перспективи материнства. Окрім того, ще до народження немовляти батьки несвідомо сприймають його як символ продовження власного життя і подолання смерті. Усі ці символічні перспективи і сподівання руйнуються у випадку смерті дитини.

Таке поєднання комплексу різнопланових психотравмуючих впливів перетворює перинатальні втрати на тяжкий стрес не тільки для жінок, але й для чоловіків, які відповідально ставляться до батьківства. Виникає екзистенційна криза, суть якої можна висловити таким чином: коли помирають батьки, людина втрачає своє минуле, а коли помирає дитя — втрачається майбутнє.

Символічна втрата вищезгаданих образів і проєкцій, навіть якщо вона відбувається до фактичного народження дитини, інтенсивно переживається і має бути так само символічно відрахована.

Горе — розтягнутий у часі процес суб'єктивного комплексного (психічного, соматичного, поведінкового, соціального) реагування на втрату значущого об'єкта, частини власної ідентичності або очікуваного майбутнього.

Соціально цей стан може проявлятися трауром чи скорботою.

Скорбота включає в себе весь комплекс емоційних, соматичних і соціальних процесів, викликаних тяжкою втратою. У певному сенсі можна сказати, що процес скорботи полягає в повільному послабленні зв'язку з померлим, який таким чином перестає поставати в свідомості як фізичний об'єкт і поступово інтегрується до внутрішнього світу уявлень минулого.

Траур — це культурально зумовлена публічна демонстрація горя шляхом виконання традиційних у даному соціумі ритуалів. Багатьом людям цей процес допомагає успішно подолати кризові психологічні явища, структурувати й завершити цикл горювання.

У деяких джерелах можна знайти згадку про нормальну тривалість циклу горя внаслідок смерті дитини до п'яти років і більше. Але все ж більшість дослідників визначають два роки як максимальну тривалість неускладненого циклу переживання перинатальної втрати. Більш тривале горювання, як правило, свідчить про реагування в рамках патологічного сценарію [8].

Стадійність переживання горя з приводу перинатальної втрати відображає специфічність цього психічного процесу, що розвивається згідно зі своїми, багато в чому усталеними, канонами. Деякі дослідники виділяють до 12 стадій або етапів розвитку цього явища. Але найпростішим є поділ на гостре та інтегроване горе [9].

Гостре горе — виникає одразу після факту події і проявляється сумом, плачем, дисфорією, роздумами про свою провину, нейровегетативними розладами, апатією.

Інтегроване горе — етап зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики після інтеграції втрати до автобіографічної пам'яті. Це дозволяє повернутися до повноцінного життя, оскільки думки й спогади більше не поглинають усю увагу і не позбавляють працездатності.

Зручною для практичного застосування є класифікація, запропонована J. Bowlby (1994). Автор виділяє 4 стадії реагування на втрату: шок, туга, дезорганізація і реорганізація.

1-а стадія. Емоційний шок, заціпеніння, «скам'янілість» або протест — пікові переживання горя, що тривають від декількох годин до двох тижнів. Дізнавшись про фатальний кінець вагітності, деякі потенційні батьки поринають у стан шоку. Особливо великою є ймовірність подібних тяжких переживань у жінок на пізніх етапах вагітності, коли ця інформація сприймається на тлі ще свіжих вражень від спілкування з плодом або немовлям. Іноді вони вперто відмовляються вірити в незворотність втрати, впадають у захисний стан ступору, заціпеніння, зовні нагадуючи сонну людину. Будучи не здатними повноцінно концентрувати увагу, вони губляться в часі та, відповідно, не можуть адекватно оцінити наявну ситуацію, прийняти рішення про свої подальші дії. На цьому тлі загальної загальмованості можливі короткочасні емоційні сплески з агресивними тенденціями. Гнів переважно спрямовується на лікарів, які не зуміли запобігти смерті дитини. У подальшому схожа симптоматика може загострюватися під час ключових річниць втрати, наприклад у день орієнтовного терміну пологів.

2-а стадія. Туга, пошук і бажання повернути втрачене — період болісного домінування в свідомості думок про загиблу дитину, що триває в середньому від двох тижнів до трьох місяців. Типові переживання жінки в цей час від-

буваються навколо почуття провини («не змогла зачати здорову дитину», «не змогла виносити»), самотності, відчаю, порожнечі і безглуздості існування. Подружжя, що пережило перинатальну втрату, стає конфліктним, його все дратує, злість і гнів спрямовуються на близьке оточення. Деякі люди в цей час активно звертаються до релігії. Інші, раніше віруючі, навпаки, можуть відчувати протест і розчарування, в них з'являються хульні думки антирелігійного змісту. Досить поширеною реакцією на переживання втрати в цьому періоді є потужне нав'язливе бажання жінки якомога швидше завагітніти знову. Рідше виникає протилежне, різко негативне ставлення до материнства, бажання ніколи більше не вагітніти і не народжувати після того, що сталося. Чинниками дестабілізації психічного стану є речі та іграшки дітей раннього віку, коляски, що трапляються на вулиці, розмови з людьми, які не знають про трагедію або, навпаки, настирливо і недоречно висловлюють співчуття.

Подібні переживання супроводжуються безсонням, різкою соматичною симптоматикою: втратою апетиту, коливаннями ваги, головними болями, знесиленням, тахікардією. Горюючи, людина часто зітхає, плаче, має скорботний вираз обличчя. Жінка, яка втратила дитину, нерідко відчуває дискомфорт у руках, неусвідомлено бере до рук і носить предмети, що відповідають вазі та розмірам немовляти. Після переривання вагітності в другому або третьому триместрах деякі жінки відчувають фантомні ворухіння плода, переживають афектогенні обмани сприйняття: чують плач дитини, відчувають її присутність у будинку.

Спогади і переживання цього періоду є досить болісними, але й необхідними для повноцінного відреагування та гармонійного переходу на наступну стадію природного переживання горя. Тому зовсім не слід закликати жінку «не думати» про втрату, тим більше що це і неможливо.

3-я стадія. Дезорганізація і відчай — етап усвідомлення реальності та незворотності того, що відбулось. Настає зазвичай приблизно між п'ятим і дев'ятим місяцями після втрати, може тривати рік і більше. Супроводжується загостренням почуття провини, власної неповноцінності, неспроможності, наслідком чого може бути прагнення соціальної ізоляції, «втеча» в хворобу. Можуть виникати нав'язливі страхи «божевілля». На тлі пригніченого настрою, втрати апетиту і безсоння ще більше порушується здатність концентрувати увагу, погіршується пам'ять, працездатність, настає загальне психофізіологічне виснаження.

4-а стадія. Реорганізація (дозвіл) — поступове тамування симптоматики, що у випадку надання жінці своєчасної адекватної психологіч-

ної допомоги та сприятливої сімейної ситуації настає приблизно між вісімнадцятим і двадцятим четвертим місяцями після пережитої втрати.

Жінка прощається з минулим, вчиться зберігати пам'ять про нього, але жити актуальним сьогоденням. Ознаками настання фінального етапу горювання є гармонізація соціального та емоційного контакту з навколишнім світом, повернення здатності адекватно оцінювати ситуацію, бачити перспективи і будувати реальні плани на найближче і віддалене майбутнє. Зникає ангедонія, відновлюється здатність спонтанно посміхатися і радіти, життя знову наповнюється барвами. Для жінок яскравою ознакою завершення циклу горювання є те, що вони знову починають стежити за своєю зовнішністю. На суб'єктивному рівні все це супроводжується поліпшенням самопочуття, налагодженням сну й апетиту, стабілізацією вегетативних реакцій.

Згадані вище варіанти класифікації подаються у вигляді стадій, що в хронологічному порядку змінюють одна одну, проте на практиці стрижнева симптоматика, як правило, певною мірою спостерігається протягом усього циклу переживання горя.

Оскільки різноманітні варіанти перебігу реагування на перинатальну втрату значно різняться за інтенсивністю та тривалістю, то деякі фахівці критикують запропоновані спроби класифікації, вважаючи їх складною і, за великим рахунком, марною працею. Цілком можливо, що чітких меж між стадіями переживання горя просто не існує, до того ж досить частими є періодичні рецидиви хворобливого стану, коли гостре горе актуалізується і пацієнт повертається на вже минулу, напевно успішно подолану стадію.

Значними є також індивідуальні особливості реагування на перинатальну втрату, адже об'єктивність ситуації втрати завжди супроводжується суб'єктивною переробкою отриманої трагічної інформації, і це накладає свій відбиток на патоморфоз. Індивідуальні особливості проявів і перебігу процесу переживання горя залежать від характеру втрати, сімейної ситуації, індивідуальних особистісних рис людини, що горює, її етнічної та релігійної приналежності, схильності до афективних розладів, сімейного стану, соціального статусу, побутових умов тощо.

Здатність жінки справлятися із ситуацією на першому тижні після втрати є предиктором того, як вона буде переживати її надалі.

Ризик виникнення віддалених емоційних реакцій збільшується за наявності низки несприятливих чинників, серед яких можна виділити особливе ставлення до вагітності, зокрема, якщо вона була довгоочікуваною, їй передувало тривале очікування або спонтанні аборти. Особливо тяжким виявляється перший рік після пе-

режитого для літніх жінок, які скептично оцінюють свої шанси завагітніти знову.

У ситуації спонтанного абортів на ранньому терміні вагітності особливо психотравмуючим може виявитися поєднання гостроти, раптовості погіршення стану і неясності діагнозу. Деякі жінки, переконавшись, що вагітні, одразу сприймають пренейта як сформовану дитину, уявляють його зовнішність, стать і навіть характер. Їм важко примирити в свідомості факт загибелі дитини і відсутність тіла, яке можна було б поховати.

При цьому навіть якщо суб'єктивно жінка сприймає переривання вагітності як полегшення і вирішення проблеми, на психофізіологічному рівні це стає для неї гормональним стресом, що супроводжується яскравим афективним відображенням.

Але більшість вагітних жінок все ж вважають новоутворений організм частиною власного тіла, якої в разі потреби можна позбутися, як, наприклад, апендиксу. Вони переживають факт перинатальної втрати значно легше.

У релігійних людей описані вище переживання перебігають, як правило, значно легше, оскільки, згідно зі своїми світоглядними установками, вони сприймають настання смерті як неминучу подію. До того ж перед ними завжди існує перспектива прожити життя на цьому світі згідно з релігійними канонами і возз'єднатись із дорогою людиною після смерті. Ці очікування в жодному разі не повинні піддаватись критиці з боку психотерапевта, оскільки вони є елементом стратегії подолання кризової ситуації.

Певною мірою перинатальна втрата є перебіркою гармонійності сімейних стосунків. Якщо вони внутрішньо міцні, то горе об'єднує і подружжя спільно намагається впоратися з труднощами. Якщо ж стосунки дисфункціональні, то на тлі смерті дитини стосунки різко погіршуються, на перший план виходять взаємні звинувачення і претензії, що іноді приймають форму відвертої ненависті. Згідно зі статистикою, невдовзі після пережитої перинатальної втрати близько 12% подружніх пар приймають рішення про розлучення.

Список використаної літератури

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. — М.: Амадеус, 2004. — 350 с.
2. Wu J., Viguera A., Riley L. et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2002. — P. 52-61.
3. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. — Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2003. — 784 с.
4. Sexton P.R., Stephen S.B. Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief // *Neonatal. Netw.* — 1991. — 94 p.
5. Raphael-Leff J. *Psychological Processes of Childbearing. Fourth Edition.* — London: The Anna Freud Centre, 2005. — 198 p.
6. Janssen H.J. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss // *American Journal of Psychiatry.* — 1996. — Vol. 153 (2). — P. 55-64.
7. Schindler S., Zimprich H. *Ekologie der Perinatalzeit.* — Stuttgart: Hippocrates, 1983. — 411 p.
8. Kumar R., Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women / R. Kumar // *Br. J. Psychiatry.* — 1984. — Vol. 288, № 144. — P. 41-48.
9. Dyer E.D. Parenthood as crisis: A restudy // *Marriage and Family Living.* — 1963. — Vol. 25. — P. 341-350.
10. Bowlby J. *Child care and the growth of love.* — London, 1987. — 452 p.

Надійшла до редакції 22.11.2017

WOMAN AND PERINATAL LOSS

A.M. Skrypnikov, L.O. Herasymenko, R.I. Isakov

Abstract

The article examines and systematizes the state of studying the problems related to the psychological experiences of women after perinatal loss. The psychological and psychiatric aspects of the problem, experience of rehabilitation practices are analyzed.

The emphasis is on the individual and situational aspects of abortion that determine the nature of psychological response.

Keywords: woman, pregnancy, perinatal loss, rehabilitation practices.