

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

Добряков И.В., Фаерберг Л.М.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УТРАТАХ

Санкт-Петербург

2018

УДК 159.9:618.3

ББК 88.481

К61

Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Оказание помощи при перинатальных потерях. Учебно-методическое пособие. – Изд. 2-е, доп. – СПб.: Издательство?, 2018. – ?? с.

Авторы:

доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета;
старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, канд. мед. наук *И.В. Добряков*;

мед. психолог *Л.М. Фаерберг*

Рецензенты:

декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, д.м.н., профессор Ф.П. Романюк;

декан факультета клинической психологии ФГБОУ ВО СЗГМУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор В.А. Аверин

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	
1 Информационная помощь	
1.1 Особенности информационной помощи	
1.2 Рекомендуемая информация	
1.3 Переживание женщиной перинатальной утраты	
1.4 Переживания перинатальной утраты супругами	
1.5 Переживания перинатальной утраты детьми	
1.6 Переживания перинатальной утраты несостоявшимися прародителями (бабушками и дедушками)	
2 Психологическая поддержка	
3 Духовная помощь	
4 Психологическое консультирование	
5 Психотерапия.	
6 Медикаментозная терапия	
7 Синдром выгорания специалистов, оказывающих помощь при перинатальных утратах	
7.1 Стадии развития синдрома профессионального выгорания	
7.2 Риск развития синдрома	
7.3 Способы избежать развития синдрома выгорания	
7.4 Рекомендации при появлении первых признаков синдрома выгорания	
8 Социальный проект «Продолжение жизни»	
Литература	

*«Когда вы будете готовы оставить позади всю эту
“тьму переживаний” – при этом, как следует прожив ваше горе,
– оставьте за собой свечу и спичку для тех, кто следующим займет
это неприкосновенное пространство, называемое горем».*

Harold Ivan Smith

Введение

Каждый переживает утрату, справляется с горем по-своему, здесь не бывает однозначных рецептов и четких рекомендаций. Однако потеря – это не только неизбежная боль, но и всегда – возможность посмотреть на жизнь по-новому и чему-то научиться. Научиться ценить моменты радости и не тратить время на пустые волнения. Научиться сопереживать и помогать.

Перинатальная потеря – это беда: прерывается беременность, и плод гибнет, или ребенок умирает после рождения, успев прожить совсем немного... Это всегда боль, горечь и разочарование.

Будущие родители надеялись на рождение малыша, на радостные хлопоты, на счастье быть родителем, а теперь в душе поселилась боль... Что же дальше делать? Как жить? И может ли кто-то помочь справиться с этими чувствами? Где искать ответы?

Вопросы, вопросы, вопросы... Они десятками появляются и у семьи, и у специалистов. Какие специалисты, каким образом, когда способны помочь женщине, переживающей перинатальную потерю?

Женщина, потерявшая ребенка, часто не ищет помощи, стремится отгородиться от действительности. Окружающим (специалистам, родственникам, друзьям, сослуживцам) следует понимать, что в сложившейся ситуации переживание горя, – это нормально, женщине и должно быть больно. Они сочувствуют, очень хотят помочь, облегчить страдание, но, к сожалению, не знают, как. А помощь не только возможна, но и необходима. Необходимо, чтобы естественный процесс переживания горя не стал патологическим, чтобы у несостоявшейся матери появились силы жить дальше.

Помощь может быть оказана в разных формах:

1. Информационная помощь.
2. Психологическая поддержка.
3. Духовная помощь.
4. Психологическое консультирование.
5. Психотерапия.
6. Медикаментозная терапия.

I. *Информационная помощь.* Когда человеку непонятно, что с ним происходит, что будет дальше, нарастает тревога, которая усугубляет и без того тяжелое состояние, развившееся в связи с утратой. Процесс горевания вполне естественен, он имеет свои закономерности, о которых полезно знать. Задача специалистов состоит в том, чтобы в корректной форме предоставить информацию о дальнейших действиях, о возможных предстоящих процедурах, требующих участия женщины и ее семьи. Важно помочь женщине сформировать понимание того, как пережить горе, что делать, чтобы не допустить его осложнений, чреватых ухудшением психологического состояния и своего, и близких людей.

Краткая необходимая информация будет представлена в соответствующем разделе этой брошюры.

II. *Психологическая поддержка.* Человека, переживающего утрату, порой стремящегося к уединению, уклоняющегося от разговоров и утешений, нельзя надолго оставлять наедине со своим горем. Но, чтобы не навредить, нужно знать, как правильно себя вести с ним, о чем и как говорить.

Психологическую поддержку переживающим утрату в основном оказывают близкие люди. Одной из задач специалистов является общение с семьей женщины, потерявшей ребенка, для оказания помощи в формировании правильного понимания дальнейшего взаимодействия с ней.

III. *Духовная помощь.* Духовная помощь нужна и показана как верующим, так и неверующим людям переживающим утрату. Она затрагивает глубокие чувства и представления, касающиеся мировоззрения человека, помогает создать или восстановить понимание смысла существования, снова обрести цели в жизни.

Верующим людям *духовную помощь оказывают священнослужители соответствующей конфессии*. Неверующим способны помочь *близкие люди, медицинские и социальные работники или психологи*, но далеко не каждый, даже будучи специалистом, может оказать духовную помощь.

IV. *Психологическое консультирование*. Это психологическая помощь, оказываемая психологом в виде рекомендаций, которые специалист дает после ознакомления с сутью проблемы, учитывая особенности личности клиента, его взаимоотношений с окружающими людьми. Цель психологического консультирования – изменить чувства, мысли, действия людей так, чтобы они наилучшим способом справились с проблемой. Психологическое консультирование необходимо как переживающим утрату, так и тем, кто желает помочь близким в подобной ситуации. Именно специалисты-психологи в состоянии профессионально оценить степень тяжести психической травмы, вызванной утратой, помочь понять, какие способы, попытки облегчить состояние малоэффективны, предложить и обсудить иные модели поведения, которые учитывают особенности ситуации утраты и личностей, её переживающих. Эти методы должны способствовать повышению личной ответственности переживающих утрату за ход их собственной жизни и жизни близких людей, достижению в конечном итоге гармонии с собой и окружающим миром.

Психологическое консультирование проводят профессиональные психологи, желательно, начиная со времени пребывания женщины в родильном отделении и, стараясь обеспечить преемственность помощи, после выписки ее из родильного дома (больницы, перинатального центра).

V. *Психотерапия*. Психотерапевтическая помощь показана переживающим утрату людям в том случае, когда горевание приобретает патологический характер, осложняется серьезными нервно-психическими расстройствами. Психотерапевт может грамотно квалифицировать нарушения, определить психотерапевтические мишени, выбрать методику психотерапевтического

воздействии на психику пациента, а через психику на его организм в целом. Психотерапия нередко сочетается с медикаментозным лечением.

Психотерапию осуществляют сертифицированные врачи-психотерапевты.

VI. *Медикаментозная терапия.* Как правило, перинатальная утрата – это мощный стресс, переживания последствий которого иногда требуют применения медикаментов. При неосложненном горе возможно кратковременное лечение; при патологическом горевании часто требуется назначение длительных курсов. Медикаментозная терапия создает благоприятную почву для осуществления других форм помощи, делает их более эффективными.

Подбор и назначение лекарств, определение длительности курса лечения осуществляют врач-психотерапевт или врач-психиатр.

Информационную и психологическую поддержку, духовную помощь могут оказывать не только специалисты, а также близкие люди. Но, к сожалению, если не учитывать специфику произошедшего события, далеко не каждый искренне сочувствующий человек действительно способен помочь семье, переживающей горе.

Психологическое консультирование, психотерапию и медикаментозную терапию проводят только специалисты (психологи и врачи, прошедшие соответствующую подготовку).

Комплексное использование разных форм помощи повышает их эффективность.

I. Информационная помощь

1.1. Особенности информационной помощи

Дефицит информации порождает тревогу, не позволяет человеку оценить текущую ситуацию, планировать будущее. При перинатальных утратах возникает множество вопросов, и, только ответив на них, человек способен справиться с происходящим. Знакомство с информацией, отражающей некоторые важные нюансы переживаний, особенности поведения, возможные действия в ситуации потери ребенка, принятие их к сведению переживающими утрату, а также окружающими людьми, помогают адекватно реагировать на горе и не сожалеть позднее о том, что было не сделано из-за недостатка знаний. Однако прежде чем предоставлять информацию, важно получить сведения о том, какие представления о происходящем, о возможных перспективах есть у самого человека, переживающего утрату. Это позволит понять, какую информацию, в какой форме, в каком объеме он сможет воспринять. Иначе любые сведения, пусть самые полезные и нужные, могут вызывать раздражение, протест, даже гнев.

Предоставлять новую информацию нужно в виде искренней беседы, а не в форме нравоучений, микро-лекций. Важно в процессе разговора внимательно следить за реакциями человека, переживающего потерю ребенка. Результаты наблюдения помогут понять, что находит отклик в душе собеседника, чего он не принимает, помогут своевременно определить, стоит ли продолжать беседу на эту тему или надо перевести её в другое русло, или вообще временно прекратить, вернуться к ней позднее. Часто человеку, переживающему потерю, необходимо время, чтобы полученные сведения были осмыслены и приняты.

Основные возникающие при перинатальных утратах вопросы: «За что?» и «Кто виноват?». Найти на них правильные ответы или хотя бы частично снять их остроту помогает предоставленная информация. Чтобы она действительно принесла пользу, а не усугубила тяжелые переживания, связанные с утратой, информация должна быть:

- *своевременной*, то есть предоставляться как можно раньше, облегчать поиск ответов на волнующие вопросы;
- *понятной*, то есть изложенной в доступной форме простым языком, так как сложные медицинские, психологические термины пугают людей, раздражают их, вызывают чувство беспомощности;
- *объективной и правдивой*, так как недомолвки, фальшь чувствуются интуитивно и вызывают недоверие и протест у переживающего утрату человека. Большой вред могут принести неверные сведения, полученные от некомпетентных, имеющих свой негативный опыт переживаний, предубежденных, мистически настроенных людей. Источников таких сведений предостаточно, это могут быть друзья и коллеги, Интернет или средства массовой информации;
- *оптимального объёма*; так как дефицит информации не позволяет ответить на возникающие вопросы, а её избыток порождает новые: и то, и другое может ухудшить состояние.

1.2. Рекомендуемая информация

К *перинатальным потерям* (утратам) относят ситуации, при которых происходит гибель плода во время беременности, включая неудачу при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (например, при экстракорпоральном оплодотворении). К ним также относят внематочную беременность; произвольное прерывание беременности на ранних сроках (так называемый «выкидыш»); гибель плода во время беременности после 22-х недель; гибель одного из близнецов при многоплодной беременности, а также смерть младенца вскоре после родов. Выявление грубой патологии плода при проведении обследования во время беременности, рождение ребенка-инвалида также являются перинатальными потерями, так как родители (особенно мать) утрачивают надежду на счастье иметь здорового ребенка, растить его, радоваться его достижениям и гордиться ими. Однако эти случаи порождают иной комплекс вопросов и проблем, нежели гибель младенца или не

рождённого малыша, и требуют сотрудничества как с психологами, так и со специалистами, способными дать консультацию и помочь в конкретной ситуации.

Смерть близкого человека всегда горе. Это растянутый во времени процесс переживаний, он сопряжен с множеством изменений, являющихся проявлениями психологических, поведенческих, социальных и физических реакций на утрату. Горе – трудное, но естественное чувство, которое необходимо пережить, а это требует много сил и мужества. Отсутствие переживаний в подобной ситуации может указывать на болезненное отклонение от нормы, быть признаком нарушений. В случае перинатальной утраты несостоявшимся родителям, другим членам семьи лучше вместе переживать горе, со временем смириться с мыслью о том, что их ребенок недолго жил и умер. Несмотря на то, что ребенок был еще слишком мал, он – был, и его утрата по значимости и силе переживания эмоций равноценна утрате уже подросткового ребенка, любого другого близкого человека. Скорбь по умершему ребенку – это одно из самых сильных и длительных переживаний в жизни человека. До перинатальной утраты у женщины были мечты, надежды иметь замечательного ребенка, фантазии о том, каким он будет, о том, как это – быть матерью... Вспоминая об этом, человек скорбит, и это – нормально.

Встречаются различные варианты неконструктивного поведения несостоявшихся родителей:

1. Может показаться, что лучший способ заглушить боль – занять себя, уйти с головой в работу, замутить сознание алкоголем, медикаментами. Однако это только подавляет, затрудняет, откладывает и растягивает процесс горя во времени, подвергая опасности и здоровье человека.
2. Многие думают, что после потери ребенка женщине следует как можно скорее забеременеть вновь, чтобы, таким образом, забыть потерю и постараться достичь своей цели. Однако предпочтительнее выдержать время. Это не только даст возможность восстановиться телу, но и обрести успокоение душе, ведь психологический комфорт – не менее важная

составляющая здоровья. Прежде чем предпринимать попытки забеременеть, женщине необходимо проконсультироваться у своего лечащего врача и, желательно, у психолога или психотерапевта. Возможно, потребуется дополнительное обследование и лечение. Рекомендуется, чтобы период между гибелью младенца и новой беременностью составлял не менее 2–2,5 лет. Соблюдение этого интервала способствует уменьшению перинатальной смертности на 25 %.

3. Поиск «виноватого» в сложившейся ситуации и последующая заикленность на «вине» конкретного человека (своей собственной, мужа, близкого человека, врача и т.д.).

Горе продолжительно. Родители, скорбящие по умершему ребенку, могут переживать разные чувства и проявлять разные реакции, приходящие с различной последовательностью и силой, однако есть общие закономерности динамики процесса горевания. Можно выделить сменяющие друг друга стадии, отличающиеся характером переживаний и проявлений горя. Знание этих особенностей поможет понять, что они естественны, понять, что происходит на определенном этапе, что последует затем. Это позволит несколько снизить тревогу, конструктивно справиться с нахлынувшими чувствами, увидеть перспективу.

Выделяют четыре стадии переживания утраты:

I стадия – эмоциональный шок и ступор

II стадия – тоска и гнев

III стадия – дезориентация и страдание

IV стадия – реорганизация и разрешение

Поскольку самые тяжелые испытания при этом предстоят женщине, потерявшей ребенка, рассмотрим, что происходит с ней на этих стадиях.

1.3 Переживание женщиной перинатальной утраты

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 обычно 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. Хочется кричать: «Это неправда!». 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 мертвого ребенка. Усугубить тяжелые переживания женщины может ее совместное пребывание с беременными, ожидающими рождения здоровых детей. 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 казаться, что это все происходит не с ней или, что ей просто снится кошмарный сон, и что возможно пробуждение. Нередко возникает ощущение своеобразного притупления эмоций, сопровождающееся мыслями: «Странно, произошло страшное, а я равнодушна, я ничего не чувствую...» и т. п. Женщина нередко переживает подобное, но лишь иногда высказывает жалобы на это. В первое время после получения печального известия, женщина может производить впечатление как бы сонного человека. Это оцепенение – проявление ступора, являющегося защитной реакцией от переживания лавины отрицательных эмоций. Когда оцепенение проходит, начинается вторая стадия горя.

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

Стадия II – тоски, поиска ответов, гнева. Эта стадия может продолжаться и две недели, и три месяца. Продолжительность стадии зависит от житейской ситуации, сплоченности семьи, личностных особенностей женщины, своевременности и качества получения помощи и многого другого. Переход к этой стадии знаменуют бурные внешние проявления охватывающих женщину чувств – гнева, печали и вины. Женщина постоянно думает о постигшей её утрате. Повторяются попытки понять, почему ЭТО произошло? За что?

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 могут 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 страдание. Наступает обычно между пятым и девятым месяцами после утраты, может длиться год и более. Её 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, наконец, 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 анализировать, искать ошибки («Если бы я не поехала в гости и не простудилась...», «Если бы вовремя пошла к врачу, рассказала бы ему о...»), корят себя, чувство вины растет.

Для некоторых характерно навязчивое желание забеременеть снова как можно скорее, пойти на экстракорпоральное оплодотворение. Другие не верят в такую возможность, резко негативно относятся к разговорам на эту тему, заявляют, что не хотят больше беременеть никогда. В тяжелых случаях женщине может казаться, что она испытывает в животе шевеление плода, что слышит детский плач. Как правило, она понимает, что это ложные ощущения, и тогда возникает страх сойти с ума.

На стадии *дезориентации и страдания* поддержка эффективна, если помогает решить основную задачу: *создать новое отношение к утраченному ребенку, принять мир 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 привычному активному образу жизни вызывает у некоторых людей 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*.

1.4 Переживания перинатальной утраты супругами

Смерть ребенка – это сильнейшее испытание для семейного союза. Несмотря на то, что оба родителя теряют одного и того же ребенка, каждый из них переживает эту утрату по-своему. Беда может сблизить супругов, а может, напротив, оттолкнуть их друг от друга. Мужчины и женщины переживают горе, как правило, по-разному. Важно быть терпимыми по отношению друг к другу. Задачей специалиста, работающего с семьей, является доведение до супругов информации о разной системе реагирования и горевания у мужчин и женщин.

Женщины больше склонны давать волю чувствам, тогда как мужчины подавляют свои переживания. Мужчина жалеет жену и злится из-за того, что беспомощен, ничем не может помочь ей, испытывает чувство вины. Подавляемые эмоции могут проявляться неожиданными слезами, за которые стыдно, кошмарными сновидениями.

Мужчины стараются загружать себя работой, хобби и различными делами. Нередко они проявляют интерес к ситуациям, при которых травматический опыт людей был тяжелее их собственного («Мне еще повезло...»). Мужская скорбь чаще имеет длительный или отложенный характер. Способствовать взаимопониманию супругов может информация о том, что если горе отца не похоже на горе матери, то это не значит, что он горюет меньше. Культура предписывает мужчине быть сильным, быть поддержкой для своей жены. Важно понимать, что отец тоже страдает и имеет право на свое горе. Выражение горя очень индивидуально, но обоим больно и плохо.

Помочь друг другу пережить утрату супруги могут открыто и честно разговаривая, выслушивая друг друга, выказывая свои чувства. Часто бывает

непросто возобновить интимные отношения. Но это нужно сделать. Чрезвычайно важно для обоих позволить себе это особое переживание телесной и душевной близости. И оно ни в коей мере не оскорбляет памяти ушедшего малыша, помогает поддерживать друг друга, спланирует, способствует формированию *естественного конструктивного горевания*.

Однако не всегда сближение супругов, связанное с переживаниями перинатальной утраты, конструктивно. Если в основе сплочения лежит только скорбь, индуцирование горестных переживаний друг друга ухудшает состояние их обоих, что, как правило, приводит к формированию своеобразного *культа умершего ребенка*, совместному патологическому гореванию, приобретающему затяжной характер. В этом случае дом превращается в мемориал умершего ребенка, скорбь не покидает его, становится доминирующей эмоцией всех членов семьи. Подобные семьи выдающийся американский психотерапевт Сальвадор Минухин называл «семьями с призраком».

Нередко переживание утраты супругами может приводить к ухудшению отношений, возникновению напряженности, связанных с взаимными упреками и обвинениями. Результат этого - супружеская дисгармония, ухудшение состояния и женщины, и мужчины. При этом формируется неконструктивный *конфликтный вариант супружеского горевания*.

При развитии патологических форм горевания (конфликтный вариант, вариант культа умершего ребенка) семья нуждается в квалифицированной помощи психотерапевта.

1.5 Переживания перинатальной утраты детьми

Дети по-особому переживают то, что у них не появился братик или сестричка. Еще больше они переживают, видя, как плохо их родителям, бабушкам, дедушкам. Скорбящим родителям иногда бывает не до детей. Кроме того, чрезвычайно трудно и больно говорить с ними о смерти. Однако ни в коем случае не следует скрывать от них факт утраты и силу эмоциональных переживаний. Важно поделиться с детьми своими чувствами, но сделать это в

доступных их возрасту форме и объеме. Дети часто думают, что они каким-то образом послужили причиной гибели ребенка. Важно убедить их в том, что в происшедшем нет их вины. Даже в самое тяжелое время после утраты нельзя исключать их из жизни семьи. Переживания детей, их тревога нередко проявляются эмоциональной лабильностью, частыми слезами, негативизмом, упрямством, неоправданной агрессией. Наказания только усугубляют эти проявления, так как ребенку становится еще хуже. Могут появиться бессонница, страхи, энурез, беспричинный плач, нытье и пр. Эти проблемы обычно разрешаются, если ребенок получает простую помощь: с ним нужно пообщаться, поделиться своими переживаниями, предложить рассказать о своих страхах. Если это не помогает, следует обратиться к профессиональному психологу или психотерапевту.

1.6 Переживания перинатальной утраты несостоявшимися прародителями (бабушками и дедушками)

Потеряв внука, прародители одновременно переживают и его утрату, и испытывают боль за своих детей. Так же, как и родители, несостоявшиеся бабушки и дедушки теряют часть своего будущего, так же, как родители, часто переживают чувство вины за то, что они живы, а их внук умер. Они могут испытывать сильный гнев, который может быть направлен на себя, за то, что не смогли защитить своего ребенка от боли утраты, на своих детей, скорбящих родителей, за то, что не принимали их помощи, все делали не так, поступали не так, как им советовали. Чаще гнев направлен на зятя или невестку. Очень часто гнев активно направляется на медицинский персонал, и именно бабушки и дедушки жаждут мести, чаще всего являются инициаторами жалоб (как правило, несправедливых) и тяжб в отношении медицинских работников. Это неконструктивный способ облегчения переживаний горя. Даже при достижении цели – наказания реального или мнимого виновника беды, удовлетворения не наступает, так как процесс горевания шел не естественным путем, он продолжается, и часто приобретает патологическую форму.

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

II. Психологическая поддержка

Психологическую поддержку можно получить не только от специалистов, но и от близких людей – родственников, друзей, коллег, соседей.

Оказывая друг другу грамотную психологическую поддержку, близкие люди смогут больше объединиться, а при её отсутствии горе может ожесточить, разъединить людей. В первом варианте потрясение постепенно проходит, острая боль становится грустью, человек, потерпевший утрату, начинает вновь жить полноценной жизнью. Во втором варианте переживание горя остается неразрешенным, незавершенным, что приводит к разнообразным психологическим проблемам, ухудшению взаимоотношений близких людей, к острым и хроническим заболеваниям, снижению трудоспособности. Зачастую окружающие пытаются оказать поддержку, но делают это так неумело, что только усугубляют состояние переживающего утрату.

Незнание стадий горевания, их длительности приводят к тому, что окружающие люди поначалу, по мере сил, пытаются оказывать моральную поддержку, но через некоторое время делают это все меньше и меньше. Им кажется, что через пару недель уже можно меньше скорбеть, следует прийти в себя. Но зачастую как раз в это время страдания наиболее сильны. Окружающие люди полагают, что оказывают поддержку, делая вид, что ничего страшного не произошло, ведут себя так, будто этой беременности и этого ребенка никогда не существовало. И призывают женщину вести себя так же. Близкие могут из лучших побуждений советовать закончить горевать, или, если не получается, сдерживать, не проявлять чувства. Объясняется это тем, что им самим страшно говорить на темы смерти, у них нет вразумительного ответа на многие вопросы, ставшие актуальными в связи со случившимся горем. Следовать подобным советам не нужно. Практика показывает: какими бы

болезненными ни были чувства, связанные с утратой, состояние человека, переживающего её, 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 решает разные задачи, выделяя основные, к сожалению, неудачно подобранные слова и действия зачастую не только не улучшают состояние переживающего утрату, а усугубляют его. Избежать этого поможет выполнение следующих рекомендаций:

Что надо говорить и делать	Чего не надо говорить и делать
<p><i>Нужно говорить:</i></p> <p>«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»</p>	<p><i>Нельзя говорить:</i></p> <p>«Так лучше» «Могло быть хуже» «У вас еще могут быть дети» «Время лечит» «Хорошо, что ребенок умер, пока вы еще не привыкли к нему»</p>
<p><i>Следует:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать простой стиль речи • выслушивать родителей • честно отвечать на вопросы • не скрывать эмоции • прикоснуться к умершему ребенку 	<p><i>Не следует:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать медицинскую, психологическую терминологию • спорить с родителями • избегать вопросов, отмалчиваться, уходить • поддерживать попытки найти виноватого

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

- Не отвергайте поддержку и помощь, когда они предлагаются.
- Не терпите формальные, назойливые, нетактичные выражения сочувствия «из вежливости» или потому, что «нужно быть сильными». Избегайте их.

- Выберите среди людей, стремящихся помочь, человека тактичного, внимательного, чуткого, с которым можно разделить свое горе, доверьтесь ему.
- Не сопротивляйтесь, разрешите себе чувствовать боль и потерю. Примите их.
- Не стесняйтесь своих чувств, открыто выражайте их, позвольте себе плакать. Справедлива пословица: поплачь, легче будет.
- Заботьтесь о своей внешности, физическом самочувствии.
- Старайтесь сохранить привычный режим дня, свой основной жизненный стиль.
- Будьте терпимы к близким, они тоже переживают боль утраты.
- Делайте что-нибудь для других людей. Это может несколько облегчить вашу собственную боль.
- Острота переживаний может стихать, не нужно испытывать по этому поводу чувства вины перед ребенком, противиться этому.
- Временами тяжесть переживаний, острота боли могут по явной или скрытой причине становиться сильнее. Не пугайтесь этого, дайте себе возможность скорбеть.
- Принимайте активное участие в организации и проведении траурных мероприятий, как бы трудно и больно это не было.
- Если вы стали задумываться о вере, а, тем более, если вы человек верующий, обратитесь к священнослужителю за духовной помощью.
- Не стесняйтесь обращаться за профессиональной помощью к психологу, психотерапевту, особенно если не справляетесь с чувствами гнева и вины, отдаляетесь от близких людей, теряете интерес к жизни.

III. 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, когда внезапно привычные представления об

окружающем мире нарушаются, когда возникают психическое напряжение и тревога.

До этого момента рутина работы, семейных проблем, как правило, не оставляла человеку времени всерьез задуматься о том, что он не по своей воле пришел в этот мир... Зачем? И не по своей воле покинет его, как малыш... Почему?

Традиционно ответы на эти экзистенциальные вопросы пытается найти религия, открывая человеку смысл жизни, основываясь не на фактах и доказательствах, а на вере в предлагаемую систему взглядов, объявляемую истинной. Обретя веру, человек принимает готовую четкую структуру восприятия мира, объясняющую все, что с ним происходит. Ему становится легче принять утрату, жить дальше.

Поэтому так часто неверующий человек, переживающий перинатальную потерю, обращается к религии за помощью и, как правило, получает её. Для человека верующего обратиться за духовной помощью в храм к священнослужителю естественно. Однако у некоторых в этой ситуации могут возникать сомнения и даже отрицание веры. Провоцируют такую реакцию тяжелые переживания, связанные со смертью ребенка. Особенно часто такое случается, если матери пришлось наблюдать за мучениями больного новорожденного. Возникают вопросы, на которые нет ответа: «Почему, за что он, безгрешный, мучился? Почему Бог так жесток и несправедлив?». Священнослужители разных конфессий отвечают на эти вопросы, руководствуясь своей верой, учением. Поэтому варианты ответов могут быть разными, но опытный священнослужитель обычно находит пути облегчения страданий верующих, переживающих перинатальную потерю. Недаром в некоторых странах медицинским работникам 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 культурном обществе ритуалов, обрядов. Цель проведения траурных церемоний – структурирование и завершение цикла переживания горя. Выполнение обрядов и ритуалов предоставляет 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 с другими людьми. Важно, что предписан не только порядок, но и продолжительность проведения траурных мероприятий, сроки их начала и окончания. Соблюдение такого порядка, принятого в данном обществе, социально поощряется, преждевременное прекращение траура осуждается. Увеличение продолжительности траура, как правило, не одобряется. Обычно священнослужитель является главным лицом, ответственным за соблюдение правил проведения траурных церемоний. Формальное их проведение оказывается не достаточно эффективным. Траурные церемонии, сопровождающиеся поддержкой и духовной помощью, приводят к облегчению состояния человека, переживающего утрату.

В случае перинатальных потерь в некоторых конфессиях принят измененный и сокращенный вариант проведения траурных мероприятий, что может оставлять неудовлетворенными родителей и родственников умершего ребенка и даже усугублять их переживания («Что он, не человек что ли?»). Опыт, знания и такт священнослужителя позволят избежать этого.

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

К сожалению, часто родителям практически не предоставляется возможность попрощаться с умершим младенцем, иногда даже увидеть его. Осознание факта утраты при этом затруднено («не стало того, кого как бы ещё и не было»). Также ему может мешать упоминавшееся выше ограничение религиозных обрядов, облегченное отношение многих окружающих людей к смерти не успевшего социализироваться младенца. Окружающие могут не чувствовать, что потеря реальна, и не давать поэтому несостоявшимся родителям «права на горевание». Все это значительно ухудшает течение процесса горевания, увеличивает его продолжительность.

Понимание проблем, связанных с перинатальной утратой, позволяет оказывать духовную помощь вне религиозного контекста. Во многих странах медицинским работникам предписывается предлагать родителям увидеть, подержать в руках своего мертвого ребенка, попрощаться с ним. Большинство женщин хотят это сделать. Тех, кто отказался, предупреждают, что, если такое желание появится, они могут его осуществить позднее, например, спустя несколько дней. Как правило, так и происходит. При этом несостоявшимся родителям необходимо сочувствие и сопереживание со стороны медицинского персонала, который их окружает и оказывает тем самым психологическую поддержку и духовную помощь. Врачи, акушерки, медицинские сестры побуждают родителей преодолеть страх перед неизвестностью, дотронуться до ребенка, обратиться к нему и произнести слова любви и скорби. Свидетельством того, что ребенок был, могут стать сделанные фотографии, сохраненные локоны волос, отпечаток ручки... Все эти реликвии хранятся в семье, их достают только в дни поминовения. Подобные мероприятия естественны и очень важны. Сочетание их с допустимыми религиозными обрядами усиливают эффект.

IV. Психологическое консультирование

Психологическое консультирование. Этот вид психологической помощи осуществляется в нескольких (одной-трех) беседах с клиентом, специально организованных консультантом. Как правило, каждая консультация не требует обязательного продолжения, то есть носит законченный характер.

Подобные сеансы общения при перинатальной утрате необходимы в тех случаях, когда у переживающих её людей нет явных нервно-психических нарушений, однако получаемые информационная и духовная помощь, психологическая поддержка явно недостаточны.

При психологическом консультировании 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 человека, строить свою работу.

Признаками не осложненного горя являются:

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

Важно уметь, не вмешиваясь грубо в течение естественного процесса горевания и не стремясь его прервать, выявляя и актуализируя личностные ресурсы переживающего человека, способствовать динамике неосложненного горевания.

При перинатальной утрате возможно психологическое консультирование:

- женщины, потерявшей ребенка;
- её 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.

Её близкие люди не только переживают утрату ребенка, их также беспокоит состояние женщины. Они, как правило, охотно пользуются 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. Например, при *внутриутробной гибели плода* психолог сообщает, что необходимо некоторое время, чтобы осознать это противоречие: женщина еще беременна, но жизнь, которую она носила, уже прервалась. При этом важно спланировать свои действия, уточнить у врача сроки проведения стимуляции родов или выскабливания. Очень важна определенность, так как дефицит информации переносится трудно. Возможно, потребуется один или два дня для того, чтобы подготовиться к предстоящим процедурам. Рекомендуются, чтобы после процедуры выскабливания с женщиной был близкий человек, способный позаботиться о ней, выслушать ее и оказать эмоциональную поддержку.

Если срок большой и предстоит стимуляция родовой деятельности, то подготовка к этой процедуре аналогична подготовке к обычным родам. Принципы ведения родов те же. Женщина может использовать те знания и навыки, которые получила на курсах дородовой подготовки.

Естественно, эмоциональное состояние во время этих родов будет совершенно не таким, каким оно могло бы быть, если бы малыш был живым и здоровым. Поэтому женщина не должна отказываться от поддержки, психологической помощи. Ее может оказать присутствующий на родах близкий человек. Это может быть муж, другой член семьи, получившие предварительно

инструкцию от подготовленного в вопросах перинатальных потерь специалиста. Конечно, если женщина настаивает, она имеет право остаться наедине со своими чувствами и переживаниями, однако надолго оставлять её одну не стоит.

Перинатальный психолог информирует женщину, что в процессе родов, которые она должна перенести, врачи будут использовать обезболивающие и успокаивающие средства, и что вполне вероятно и понятно, что у нее может возникнуть желание получить как можно больше этих препаратов, чтобы вообще не чувствовать, что происходит. Однако важно убедить пациентку, что полноценное прохождение процесса родов, эмоциональная включенность и участие впоследствии будут способствовать качественному переживанию горя, восстановлению душевного равновесия и возвращению к здоровому эмоциональному состоянию. Сильное обезболивание, наркоз, успокоительные и снотворные средства в этой ситуации лишь подавляют, откладывают и затрудняют нормальное течение эмоционального восстановления.

Перинатальный психолог-консультант должен способствовать тому, чтобы после родов женщине была предоставлена индивидуальная палата, где по желанию пациентки ее могли бы навещать близкие, священнослужители.

Большое значение имеют рекомендации перинатального психолога-консультанта об организации прощания с умершим новорожденным. Самое важное – прощание должно состояться. Если это физически осуществимо, женщине должна быть предоставлена возможность увидеть ребенка, дотронуться до него, взять на руки, попрощаться с ним, собрать памятные материалы, которые связаны с его существованием, впоследствии будут подтверждать, что он был, пробуждать воспоминания о несбывшихся надеждах и мечтах, некогда связанных с этим малышом.

Рекомендуется:

- Побывать с ребенком наедине. Потрогать, рассмотреть его, не сдерживая эмоций. Позволить себе вести себя так, как хочется: плакать, гладить ребенка, покачать его...

- Если есть возможность, нужно искупать малыша, расчесать волосики, одеть его так, как если бы он родился живым. Можно сделать на память отпечатки или слепки следов его ручек и ножек.
- 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. Принести тогда, когда она будет готова видеть своего ребенка, которого так ждала... Психолог, часто вопреки желанию родителей, настоятельно рекомендует преодолеть свой страх и сделать это. В противном случае позже их фантазии о том, как выглядел бы младенец, могут оказаться более страшными и разрушительными, чем то, что есть на самом деле.
- Дать ребенку имя. Это может быть имя, которое было придумано еще во время беременности, может быть иное, которое покажется подходящим. Таким образом, признав умершего малыша Человеком, легче принять факт, что он был. Имя очень важно для сохранения памяти о человеке. Думая о нем, разговаривая о нем с близкими и другими людьми, важно называть его по имени.
- Сохранить копии больничных выписок, записей параметров ребенка, свидетельство о смерти, больничные бирки и браслеты. Попросить сделать фотокопию изображений ультразвукового исследования, данных компьютерной томографии.
- Сфотографировать малыша в одежде и без одежды, с игрушкой или с другими предметами, которые впоследствии останутся на память. Если религиозные взгляды не противоречат фотографированию или хранению фотографий, можно попросить кого-нибудь сфотографировать родителей с ребенком на руках... Впоследствии, вспоминая ребенка, им, скорее всего, захочется взглянуть на эти фотографии.
- Отрезать, если это возможно, локон волос на память.

Консультируя родителей, переживающих перинатальную утрату, психолог предлагает обсудить, как распорядиться телом. Родители имеют право не забирать останки, но психолог не рекомендует этим правом воспользоваться. 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.

На первый взгляд подобные рекомендации могут показаться неуместными и даже кощунственными, вызвать протест, но те, кто позволил себе им следовать, позже очень ценили все, что им удалось сделать.

Как правило, люди, переживающие утрату, готовились к появлению ребенка: оформили детскую, начали покупать «приданое» для долгожданного малыша. И, конечно, женщине очень больно вернуться домой и увидеть, что все это больше никому не нужно. Однако не следует убирать вещи без её участия. Для эмоционального состояния переживающих перинатальную утрату полезно, если они сами, не сдерживая эмоции, не торопясь, переберут маленькие вещички, подарки и решат, как ими правильно и целесообразно распорядится. Какие-то вещи могут быть использованы при подготовке и проведении ритуалов прощания, какие-то могут пригодиться при проведении ритуалов поминовения дома. 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. Нельзя торопить события. Нужно дать чувствам идти своим чередом, но не игнорировать их.

Проведение траурных мероприятий способствует естественному течению процесса горевания, предупреждает осложнения. Например, в определенные памятные даты, когда боль утраты обостряется, можно дома, в кругу семьи

зажечь свечу, организовать поминальный обед, написать прощальные письма – делать все, что покажется уместным. Можно посадить дерево.

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, не спрячет ее до конца, а только растянет тяжелые переживания во времени, осложнит их течение.

Перинатальный психолог-консультант может своевременно заметить, что горе принимает осложненные формы и найти аргументы и мотивацию, чтобы убедить переживающих утрату в том, что им нужна психотерапевтическая помощь.

V. Психотерапия

Психотерапией принято называть лечебное воздействие на психику и через психику на организм человека. Часто понятие «психотерапия» трактуется расширенно, но исходя из этимологии слова (древнегреч.: «души лечение»), психотерапия это не просто помощь, а именно лечение. Поэтому она показана, когда появляется патология, и оказывается специально подготовленным врачом.

Как уже говорилось, в случае перинатальной утраты психотерапия необходима, если течение горя приобретает патологический характер. Направить на консультацию и лечение к психотерапевту, мотивировать пациента обратиться к нему может выявивший осложненное течение горя психолог, но также это может сделать и человек из окружения переживающего утрату. Для этого он должен знать основные признаки патологического горя. К ним относится отсутствие динамики переживаний горя. Горе – это не состояние, а процесс. «Застывшее», не меняющееся состояние должно внушать опасения. При осложненном горе у человека постоянно сниженный фон настроения, ничто не может вызвать у него положительные эмоции, улыбку даже спустя полгода после смерти ребенка. Он постоянно думает о случившемся, предается горестным мыслям.

Таким образом, при патологическом горе затруднено возвращение человека к обычной жизни. Задача психотерапевта не помочь переживающему утрату забыть о несчастье, а способствовать включению его в обыденную жизнь (интегрировать) таким образом, чтобы горе не заменяло жизнь и не мешало ей, то есть, чтобы горевание протекало в естественном, неосложненном варианте.

Выбор методик работы с пациентом зависит от того, какого направления психотерапии придерживается врач. Выделяют, как правило, три основных направления, различающихся по теоретическому обоснованию и методам работы. Этими направлениями считаются: когнитивно-поведенческое, психодинамическое, гуманистическое. Практика показывает, что эффективность психотерапии зависит не от направления, к которой она относится, а от квалификации психотерапевта, его умения устанавливать с пациентом доверительный контакт, от знаний особенностей работы с переживающими утрату. В России один психотерапевт нередко может владеть методами психотерапии разных направлений.

На первых этапах горевания предпочтительнее индивидуальные формы работы врача с пациентом, позднее могут присоединиться сеансы семейной психотерапии.

При эффективной психотерапии переживание горя перестает быть чрезмерно острым, так что человек успешно восстанавливает отношения с окружающими, возвращается к привычным для него видам деятельности.

VI. Медикаментозная терапия

Назначать лекарственные средства переживающим перинатальную утрату может только врач. Использование для облегчения состояния даже тех препаратов, которые без рецепта продаются в аптеке, без консультации врача недопустимо. Также недопустимы часто встречающиеся попытки пережить горе с помощью алкоголя, наркотиков.

Цель медикаментозной терапии не снять, а уменьшить интенсивность тревожно-депрессивных переживаний с целью большей восприимчивости к другим формам помощи (информационной, психологической и духовной поддержке, психологического консультирования, психотерапии). Кроме того, переживание утраты может вызвать обострение или возникновение соматического заболевания. Нужно иметь в виду, что горюя, многие люди не склонны придавать значения своим недомоганиям, обращаться к врачу. Важно убедить их обратиться за помощью к квалифицированному терапевту или врачу другой (соответствующей недугу) специальности, проследить за тем, чтобы назначения врача правильно выполнялись.

VII. Синдром выгорания специалистов, оказывающих помощь при перинатальных утратах

Синдром выгорания хорош тем, что дает повод задуматься: как ты живешь? На своем ли ты месте?

Горе людей, переживающих перинатальную утрату, затрагивает и тех, кто оказывается рядом с ними в сам момент утраты, а затем помогает им справиться с потерей, оказывает им помощь. В первую очередь это касается специалистов – сотрудников родильных домов и женских консультаций, психологов, психотерапевтов, психиатров. Порой воздействие потока переживаний и страдания приводит к развитию у них синдрома выгорания.

Синдром выгорания – это специфическое профессиональное заболевание лиц, неадекватно оценивающих собственные ресурсы, склонных к перенапряжению сил, оказывающих профессиональную помощь в эмоционально сложной атмосфере интенсивного и тесного общения с клиентами (пациентами). При этом возникают эмоциональное и физическое истощение, снижение работоспособности, чувство неудовлетворенности своей деятельностью, утрата сочувствия и понимания по отношению к партнерам по общению, желание сократить или формализовать взаимодействие с людьми.

Постоянные психотравмирующие ситуации в процессе профессиональной деятельности возникают как в связи с особенностями личности специалиста, обуславливающими выбор неконструктивных способов реагирования в сложной ситуации, так и в связи с условиями и спецификой работы. Сама возможность столкнуться с ситуаций, когда от специалиста потребуется оказание медицинской и психологической помощи людям, переживающим перинатальную утрату, постоянное ожидание таких ситуаций, а, там более, периодическое их возникновение, создает стрессогенную обстановку. Это объясняет наличие проявлений синдрома выгорания у многих специалистов, работающих в женских консультациях, родильных домах.

Кроме того, к факторам, способствующим возникновению этого синдрома, относятся:

- высокая степень ответственности за здоровье женщин и детей;
- часто возникающие экстремальные ситуации, осложнения в ходе профессиональной деятельности, требующие срочного принятия серьезных решений;
- ситуации, создающие опасность для собственного здоровья специалистов: ночные дежурства, инфекции, эмоциональные перегрузки и пр.;
- необходимость постоянного профессионального принимающего общения с большим количеством беременных женщин, рожениц, родильниц и их родственниками;
- конфликты, возникающие при попытках, требующих внимания женщин и их родственников манипулировать специалистом;
- сложные ситуации, вызывающие тяжелые переживания у специалистов и требующие профессионального общения в негативном эмоциональном поле.

Как правило, наступлению синдрома выгорания предшествует период работы с увлеченностью и полной отдачей, получения от неё удовлетворения, ощущение перспективы роста. Постепенно энтузиазм гаснет, возникает напряженность, связанная с перегрузками, позднее – усталость, потеря интереса

к работе. Это знаменует начало развития синдрома профессионального выгорания.

7.1 Стадии развития синдрома профессионального выгорания

Профессиональное выгорание – это длительный динамичный процесс, который происходит в несколько стадий, поэтому особенно важно распознать подобные профессиональные проблемы как можно раньше. Выделяют три стадии развития синдрома профессионального выгорания.

I стадия выгорания характеризуется непреходящим чувством усталости, неудовлетворенностью своей деятельностью, эмоциональной лабильностью, раздражительностью на общем фоне плохого настроения. Работа начинает тяготить, отношение к ней становится формальным, снижается её эффективность. При этом специалист критику в свой адрес не воспринимает, но постоянно ожидает наказания за недостаточную профессиональную компетентность. Появляются различные нарушения сна: трудности засыпания, внезапные ночные пробуждения, сногворение, кошмарные сновидения, фабула которых нередко имеет отношение к профессии. Могут возникать головные боли, колебания артериального давления, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, изменение веса (снижение или увеличение).

На **II стадии** выгорания помимо усугубляющихся симптомов, встречающихся уже на первой, практически исчезают положительные эмоции. Человек становится угрюмым, нарастает тревога и раздражительность, снижается способность к сопереживанию (эмпатия). Уровень общения, необходимый для выполнения профессиональных обязанностей, начинает превышать безопасный для организма. Это приводит к частым вспышкам раздражения, конфликтам как в семье, так и на работе. Формируется искаженный рутинный взгляд на беременность и роды, их осложнения, перинатальные утраты как на обыденные события в жизни человека. Все чаще

возникают недоразумения и конфликты с клиентами и коллегами. Возможно злоупотребление «бытовыми стимуляторами» (чаем, кофе, табаком, алкоголем).

На **III стадии** выгорания человек становится опасно равнодушным ко всему, сужается круг его интересов, хотя он может еще сохранять внешнюю респектабельность. Описанные выше симптомы усугубляются. Отмечается оскудение репертуара рабочих действий. Нарастает тревога, могут появиться психосоматические расстройства.

На этой стадии у специалистов, работающих в области акушерства или близко соприкасающихся с людьми, перенесшими перинатальную утрату, эмоциональное выгорание приводит к изменениям и нарушениям личности, то есть к **профессиональной деформации**.

К основным признакам **профессиональной деформации** относятся:

- утрата жизненной перспективы;
- повышенная тревожность, импульсивность, злопамятность, подозрительность, нетерпимость к критике в сочетании с отрицательной самооценкой;
- снижение требовательности к себе, своим поступкам и действиям;
- игнорирование потребностей окружающих, отсутствие сопереживания пациенткам и их родственникам даже при тяжелых осложнениях течения беременности, родов, даже при перинатальных утратах;
- ухудшение стиля служебных взаимоотношений, постоянная, как правило, необоснованная критика коллег, повышенная директивность;
- дистанцирование от окружающего мира, плохая социальная приспособляемость;
- неудовлетворенность устраивающими прежде социальным статусом, условиями работы, должностью, зарплатой, нарастающие в связи с этим обида, раздражительность;
- стремление сузить круг своих профессиональных обязанностей, особенно требующих эмоциональных затрат;
- снижение потребности в личностном и профессиональном росте;

- снижение уровня профессионализма и ухудшение результатов деятельности;
- стремление получать незаконные дополнительные вознаграждения за выполнение своих профессиональных обязанностей;
- использование для снятия эмоционального напряжения табака, алкоголя, наркотиков, появление симптомов химической и нехимической (чаще игровой и компьютерной) зависимостей;
- частые нарушения служебной дисциплины и не критичное к этому отношение.

7.2 Риск развития синдрома

Оценить риск формирования профессионального выгорания можно с помощью простого опросника. Испытуемому предлагается ряд вопросов и варианты ответов на них: «да», «нет».

1. Характерно ли для вас заниматься несколькими делами сразу (звонить, поддерживать разговор, делать пометки в блокноте, смотреть телевизор)?
2. Испытываете ли вы во время отдыха чувство вины от сознания, что не все дела ещё завершены?
3. Когда говорят другие люди, возникает ли у вас желание прервать их, закончить фразу или каким-либо ещё способом ускорить беседу?
4. Пытаетесь ли вы направить разговор в русло собственных интересов вместо того, чтобы проявить желание выслушать других людей?
5. Решая какую-либо задачу, стремитесь ли вы закончить её как можно скорее, чтобы иметь возможность перейти к следующей работе?
6. Ощущаете ли вы, что постоянно чего-то не успеваете?
7. Предпочитаете ли вы в большей степени иметь, нежели быть (т.е. обладать чем-либо или испытывать себя)?
8. Торопливы ли вы в обычной жизни (в еде, разговоре, ходьбе и т.д.)?
9. Вызывает ли у вас раздражение вид слоняющихся без дела людей?

10. Характерно ли для вас состояние физического напряжения?
11. При участии в каком-либо деле вас больше интересует результат или удовольствие от процесса?
12. Трудно ли вам посмеяться над собой?
13. Трудно ли вам передать часть своих полномочий и обязанностей другим?
14. Считаете ли вы почти невозможным, присутствуя на совещании, собрании, не выступить на нём?
15. Заставляете ли вы тех, за кого отвечаете (детей, подчинённых, близких), стремиться к достижению поставленных ими целей, не слишком интересуясь тем, чего хотят они сами?

Подсчёт результатов прост. Следует обратить внимание на тех, кто ответил утвердительно более чем на 10 вопросов.

7.3 Способы избежать развития синдрома выгорания

Рекомендации по снижению риска выгорания:

1. Оцените ситуацию. Даже если работа хорошо оплачивается, нужно подумать, соответствует ли она вашим склонностям и возможностям.
2. Создайте себе комфортные условия работы.
3. Перестаньте искать в работе счастье или спасение.
4. Не стремитесь делать все идеально.
5. Избавьтесь от иллюзии, что без вас работа остановится. Сочетание повышенной ответственности с уверенностью в собственной незаменимости – путь к выгоранию.
6. Перестаньте все время помогать коллегам, делать за них их работу. Подумайте, насколько и зачем им это нужно. И зачем это нужно вам?
7. Перестаньте жить за других их жизнью, живите своей. Не вместо людей (им это вредит), а вместе с ними.

8. Перестаньте выяснять, у кого нагрузка больше или меньше вашей, определите четко границы своей ответственности и научитесь с ней справляться.

9. Используйте обеденный перерыв для обеда, прогулки, отдыха, а не для решения профессиональных проблем или подготовки к следующему рабочему дню.

10. Разговаривайте с людьми на серьезные темы, не имеющие отношения к работе, позволяйте себе поболтать о разных пустяках.

11. Давайте себе возможность расслабиться, помните, что кроме работы есть личная жизнь.

12. Будьте внимательны к себе, это позволит своевременно заметить первые симптомы повышенной утомляемости.

7.4 Рекомендации при появлении первых признаков синдрома выгорания:

- Прежде всего, нужно признать, что они есть.
- Выработайте и постарайтесь придерживаться здорового распорядка жизни, включающего помимо работы домашние дела, развлечения, регулярное питание, отдых, сон не менее 8 часов.
- Не пытайтесь снимать напряжение с помощью алкоголя, курения.
- Не пытайтесь бороться с усталостью с помощью стимуляторов (крепкий чай, кофе, тонизирующие напитки).
- При появлении соматических недомоганий не ждите, что они пройдут сами собой, не занимайтесь самолечением, а обращайтесь к соответствующим врачам и выполняйте их назначения.
- Не стесняйтесь обсуждать с более опытным уважаемым коллегой сложные профессиональные коллизии, не отказывайтесь от предлагаемой помощи.
- Обсуждайте свои проблемы и состояние с теми, кто вызывает доверие и уважение, кто имеет опыт разрешения подобной ситуации.

- Найдите возможность побыть одному, чтобы привести в порядок мысли и справиться со своими чувствами.
- Не скрывайте свои чувства, проявляйте их, обсуждайте их с близкими и друзьями.
- Не скрывайте от окружающих возникающие сложные ситуации, используйте для их разрешения опыт коллег, не стесняйтесь обсуждать свои ошибки.
- Не надейтесь, что тяжелые симптомы выгорания сгладятся, пройдут сами по себе. Если не предпринимать мер, в течение длительного времени они могут в зависимости от ситуации ослабевать, а затем возвращаться, становиться тяжелее.
- При неудачных попытках справиться с проявлениями синдрома выгорания обратиться за помощью к психотерапевту.

VIII. Социальный проект «Продолжение жизни»

Социальный проект «Продолжение жизни» разработан и внедряется инициативной группой СПб ООСП «Семейный информационный центр»: И.В. Добряковым (научный руководитель проекта), Е.В. Сусоровой и В.В. Шуваловой (руководители программ). Актуальность разработки и внедрения этого Проекта обусловлена потребностью населения в получении профессиональной перинатальной психологической помощи, особенно в трагических ситуациях потери плода во время беременности, рождению "особого" ребенка, потери ребенка или матери в родовом процессе. Данные ситуации для женщин и членов их семей являются глубоко травмирующими, однако организация психологической поддержки и помощи практически отсутствовали. Функции оказания такой помощи вынуждены были выполнять сотрудники акушерско-гинекологических и других медицинских учреждений, сталкивающиеся со случаями перинатальных потерь на своих рабочих местах (в женских консультациях, родильных домах, в перинатальных центрах, детских больницах и пр.). Специальной подготовки они не имеют. Это часто приводит к

возникновению ятрогений у пациентов и синдрома профессионального выгорания у медицинского персонала.

Разработанный проект предусматривает бесплатное оказание нескольких сеансов психологической помощи следующим категориям граждан:

1) женщинам и членам их семей, переживающим травмирующую ситуацию перинатальной гибели плода, смерти ребенка (и/или матери в родах), а также ситуацию рождения "особого" ребенка;

2) медицинскому персоналу, сталкивающемуся с подобными ситуациями

В рамках данного Проекта предусмотрены следующие направления работы:

- разработка, публикация и распространение методических рекомендаций медицинскому персоналу, сталкивающемуся со случаями перинатальных потерь на своих рабочих;
- распространение этих рекомендаций в соответствующих учреждениях г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области;
- организация оказания высокопрофессиональной и методологической помощи врачебному и медицинскому персоналу с целью профилактики явления профессионального выгорания в очной форме и онлайн режиме;
- организация оказания бесплатной психолого-социальной помощи женщине и членам ее семьи, проводимой в очной и онлайн формах психологического консультирования;
- разработка, публикация и распространение специализированной литературы в помощь женщинам и членам семей, переживающим перинатальную утрату и/или рождение "особого" ребенка;
- организация привлечения соответствующих социальных, общественных, профессиональных служб для помощи женщине в дальнейшей адаптации с учетом изменившихся в результате психотравмирующего события жизненных условий.

Проект предусматривает проведение работы со специалистами, специфика работы которых предусматривает контакты с клиентами переживающими

перинатальную утрату (психологи, акушеры-гинекологи, неонатологи, неврологи, психотерапевты, психиатры, остеопаты, средний медицинский персонал, социальные работники). Специалистам предоставляется возможность:

- Участвовать в работе раздела специализированного сайта www.lifecontinues.ru «Продолжение жизни: оказание психологической помощи семье, оказавшейся в сложной жизненной ситуации». Этот раздел сайта доступен только специалистам. Они могут получить необходимую для работы информацию; ознакомиться с планами проведения тематических мероприятий, конференций, с программами обучения, с соответствующей литературой и т. п.
- Пользоваться телефоном доверия для получения самим профессиональной психологической помощи с соблюдением конфиденциальности.
- Получить нескольких бесплатных психологических консультаций в режиме онлайн или очных сессий.
- Участвовать в организации и проведении Круглых столов по данной проблеме.
- Участвовать в работе секции перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии Санкт-Петербургского психологического общества.
- Получать информацию о проводимых обучающих семинарах в режиме онлайн/очных сессий.
- Получать информацию о работе балинтовской группы (группа является закрытой и о желании стать её членом необходимо заранее дополнительно проинформировать администраторов сайта).

Заинтересовавшиеся предлагаемыми услугами специалисты должны зарегистрироваться на сайте www.lifecontinues.ru в соответствующем разделе.

Психологам, желающим в режиме онлайн консультаций или очных сессий принять активное участие в работе, оказывать психологические услуги специалистам и членам семей, перенесших перинатальную потерю, необходимо

зарегистрироваться и подать заявку на участие в проекте, и заполнить соответствующую форму, имеющуюся на сайте.

В рамках проекта специалистам предлагается:

- пользоваться информацией, представленной на сайте www.lifecontinue.ru;
- при необходимости обращаться по телефону доверия за психологической экстренной помощью;
- участвовать в нескольких бесплатных консультациях с психологом в режимах очных/онлайн сессий;
- получать соответствующие методические рекомендации (психологические, информационные, конфессиональные);
- принимать участие в работе телефона доверия;
- принимать участие в работе групп поддержки семей, перенесших перинатальную утрату.

Для организации работы с клиентами в рамках проекта специалисты, работающие в областях родовспоможения, здравоохранения, охраны материнства и детства, могут:

- предоставлять информацию об услугах проекта семьям, переживающим перинатальную утрату;
- раздавать соответствующую информационную литературу;
- мотивировать клиентов обращаться за получением услуг психологов проекта.

Руководители проекта будут благодарны за сотрудничество и инициативные предложения для улучшения работы с семьями, перенесшими перинатальную утрату.

Предложения можно оставлять администраторам сайта www.lifecontinue.ru

В настоящее время работа по Проекту поддерживается президентским грантом по развитию гражданского общества (регистр. №17-2-009445).

Х. Нормативные правовые акты

Для организации и оказания помощи при перинатальной утрате специалистам необходимо знать действующие в Российской Федерации нормативные акты.

Законодательство Российской Федерации о похоронах детей, умерших в перинатальном периоде

В Российской Федерации похороны новорожденного осуществляются на общих основаниях. Родители (или лица их заменяющие) имеют право забрать тело из родильного дома, чтобы организовать процедуру погребения самостоятельно.

Если кроме матери у малютки других родственников нет, тело передается на хранение в морг. После выписки мать должна получить в родильном доме документ о перинатальной смерти ребенка, который требуется:

- для регистрации ухода из жизни малыша в органах ЗАГС:

Статья 20. ФЗ РФ №143 от 15.11.1997 г. «Об актах гражданского состояния»

1. Государственная регистрация рождения ребенка, родившегося мертвым, производится на основании документа о перинатальной смерти, выданного медицинской организацией или индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность.

Свидетельство о рождении ребенка, родившегося мертвым, не выдается. По просьбе родителей (одного из родителей) выдается документ, подтверждающий факт государственной регистрации рождения мертвого ребенка. Государственная регистрация смерти ребенка, родившегося мертвым, не производится.

2. В случае если ребенок умер на первой неделе жизни, производится государственная регистрация его рождения и смерти

- для получения пособия на погребение от государства:

Особых норм и правил для захоронения детей, умерших в перинатальный период, в российском законодательстве не существует; порядок действий в этом случае регламентируется Федеральным законом «*О погребении и похоронном деле*» (№ 8-ФЗ от 12.01.1996 г.) основным в этой сфере правоустанавливающим документом для всех граждан РФ.

Российское законодательство определяет границу, до которой ребенок считается плодом до 22-х недель беременности, (ст. 53 №323-Федерального закона «*Об основах охраны здоровья граждан в РФ*», Приказ № 1687н от 27.12.2011 г. Минздравсоцразвития РФ Медицинские критерии рождения.

«Медицинскими критериями рождения являются:

- 1) срок беременности 22 недели и более;*
- 2) масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах);*
- 3) длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна);*
- 4) срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, – при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток).*

(пп. 4 введен Приказом Минздрава России от 16.01.2013 N 7н).

Живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента)».

Начиная с 22 недели и массе тела более 500 грамм ребенка, умершего в утробе матери, а также в момент родов или в послеродовой период, хоронят как

любого другого человека и на тех же законных основаниях. На мертворожденных детей распространяются те же гарантии, что и на других умерших граждан РФ (гл. 2 ст. 17 Конституции РФ) более того, они относятся к их льготной категории и в связи с этим имеют право на социальное пособие для погребения.

Из Федерального закона РФ «О погребении и похоронном деле» Статья 9.

Гарантированный перечень услуг по погребению:

1. Супругу, близким родственникам, иным родственникам, законному представителю или иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего, гарантируется оказание на безвозмездной основе следующего перечня услуг по погребению:

- 1) оформление документов, необходимых для погребения;*
- 2) предоставление и доставка гроба и других предметов, необходимых для погребения;*
- 3) перевозка тела (останков) умершего на кладбище (в крематорий);*
- 4) погребение (кремация с последующей выдачей урны с прахом).*

Качество предоставляемых услуг должно соответствовать требованиям, устанавливаемым органами местного самоуправления.

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 г. N 122-ФЗ)

2. Услуги по погребению, указанные в пункте 1 настоящей статьи, оказываются специализированной службой по вопросам похоронного дела.

(п. 2 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 г. N 122-ФЗ)

3. Стоимость услуг, предоставляемых согласно гарантированному перечню услуг по погребению, определяется органами местного самоуправления по согласованию с соответствующими отделениями Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, а также с органами государственной власти субъектов Российской Федерации и возмещается специализированной службе по вопросам похоронного дела в десятидневный срок со дня обращения этой

службы за счет средств: бюджетов субъектов Российской Федерации – в случаях, если умерший не подлежал обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не являлся пенсионером, а также в случае рождения мертвого ребенка по истечении 154 дней беременности.

(в ред. Федеральных законов от 24.07.2009 N 213-ФЗ, от 28.07.2012 N 138-ФЗ)

На практике это выглядит таким образом: в первую очередь о мертворожденном ребенке или ребенке, умершем после родов, сотрудники родильного дома обязаны сообщить его родственникам. Дальнейшее развитие событий имеет два варианта.

Первый вариант: родственники забирают тело ребенка для самостоятельной организации похорон. Сделать это желательно в течение двух дней после проведения вскрытия или предъявить объективные основания для отсрочки. По закону тело мертворожденного ребенка, поскольку родственники в известность уже поставлены, может храниться в морге бесплатно до 7-ми суток (ст. 8 п. 2 ФЗ РФ «О погребении и похоронном деле»). Похороны могут быть организованы специализированной городской службой по гарантированному перечню услуг (на безвозмездной основе). Или за собственный счет родственников с дальнейшим возмещением расходов при получении социального пособия. В роддоме следует получить медицинскую справку о смерти, она понадобится для организации похорон и получения гербового свидетельства о смерти в органах ЗАГС.

Второй вариант: родственники не могут или не хотят взять на себя ответственность за захоронение. Тогда мертворожденного ребенка хоронят от медучреждения в общем установленном порядке. Захоронение (или кремация) осуществляется специализированной городской службой, оказывающей ритуальные услуги по федеральной программе, в течение 3-х суток после установления причины смерти. Для этого родителей просят подписать согласие на вскрытие ребенка. Если тело ребенка кремируется, его прах можно

востребовать в крематории в течение года с момента кремации, в противном случае он будет захоронен в общей могиле с не востребовавшими прахами (п. 5.5.6. НС РФ «Услуги крематориев» от 01.07.2011 г.)

Согласно Российскому законодательству, регулирующему вопросы похоронного дела, тело не отдают родителям в двух случаях:

1. Малыш умер сразу после рождения, причем срок беременности составлял не более 22-х недель.
2. Ребенок родился мертвым до 154-го дня развития.

В обоих случаях в отношении умершего используется определение «плод», но не ребенок. Поэтому речи о выдаче тела родителям и последующем погребении не идет: останки подлежат утилизации, которая выполняется медицинским учреждением.

Х. Заключение

Каждый, кто переживает перинатальную утрату, справляется с горем по-своему, однако есть определенные закономерности. Их знание позволяет избежать осложнений течения процесса горевания. Эффективность оказания помощи возрастает, если она комплексная, то есть включает все формы: информационную, духовную, психологическую, психотерапевтическую, медикаментозную. Причем оказывается комплексная помощь как родственниками, друзьями, так и квалифицированными специалистами. Важно, чтобы их действия не были противоречивыми. Авторы надеются, что данное издание будет этому способствовать.

Считаем свои долгом выразить благодарность коллегам, убедивших в необходимости работы над этим пособием, чьи советы и пожелания мы постарались учесть.

Особую благодарность выражаем председателю правления Санкт-Петербургской общественной организации социальной помощи «Семейный информационный центр» Елене Владимировне Сусоровой и ведущему

психологу Академии родительской культуры «Наша семья» Вите Валерьевне Шуваловой.

Рекомендуемая литература

1. Александрова О.В. Болезнь и смерть. Беседы с психологом о стрессе. – СПб.: типогр. М. Фурсова, 2015. – 152 с.
2. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: Психология горевания / Пер.с англ. – 2-е стереотип. изд. – М.: Когито-Центр, 2014. – 160 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
4. Добряков И.В., Колесников И.А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. СПб: Изд-во ИПТП., 2006. С. 156 – 159.
5. Решетова Т.В., Мазурок В.А., Жигалова Т.Н. Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников – ресурсы коррекции // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – №3. – С. 105-111.
6. Яцышин С.М., Микляева А.В., Ткаченко А. Духовная поддержка семей, столкнувшихся с неизлечимым заболеванием. – СПб.: типогр. М. Фурсова, 2016. – 96 с.