

Бібліотечка практикуючого лікаря

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

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

**Издательский дом Медкнига
Киев
2017**

УДК: ???????
К ??

Рекомендовано до видання ДУ «Центральний методичний комітет з вищої медичної освіти МОЗ України» як навчальний посібник для студентів ВНЗ МОЗ України, протокол №3 від 16.12.2016

Рецензенти: **Чабан Олег Созонтович** — д.мед.н., професор, академік АНВО України, завідувач кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця.

Маркова Маріанна Владиславівна — д.мед.н., професор кафедри сексології і медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, академік АН ВШ України

Похилько Валерій Іванович — д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії № 1 із пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Монографія є першою в Україні спробою системно висвітити найважливіші психологічні, психіатричні та психокорекційні аспекти перинатального періоду. Охоплено період від зачаття до раннього постнатального періоду, проаналізовано зміни, які відбуваються в житті жінки, її сімейного середовища. Описані закономірності формування особистості новонародженої дитини залежно від перебігу перинатального періоду.

Для лікарів-психіатрів, клінічних психологів, психотерапевтів, гінекологів, неонатологів, педіатрів та спеціалістів суміжних галузей: психологів, соціальних працівників тощо, а також для всіх тих, хто цікавиться цими питаннями.

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

К ?? Перинатальна психологія / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. — 168 с.
ISBN 978-966-1597-38-8

ВСТУП

Унікальність процесів, які відбуваються навколо вагітності й пологів, важко переоцінити. Хтось виділяє позитивний бік пережитого, інші фокусуються на негативних болісних відчуттях, але безсумнівним є багатство і різноманітність психологічних аспектів, що супроводжують таїнство появи нового життя.

Бажання рано чи пізно відчувати материнство має потужну інстинктивну природу і не може бути нівельоване жодними соціальними установками. Пройшовши через це випробування, жінки завжди відзначають його як дивовижну за силою переживань та унікальністю відчуттів подію. Але в кожному окремому випадку реалізація материнської функції відбувається дуже індивідуально, тому практичне втілення закладеної природою здатності залежить від багатьох факторів, починаючи від суто фізіологічних і закінчуючи соціальними та психологічними стереотипами й забобонами. Подекуди виконання цієї функції стає складним соціальним і психологічним завданням.

Але вагітність має важливе значення не тільки в індивідуальній долі жінки та її сімейного оточення, але й для соціуму в цілому. Сама ситуація зачаття та вагітності були надзвичайно сакралізованими в ході розвитку цивілізації. На жаль, не зважаючи на таку пильну увагу, тривале ігнорування психологічних і соціальних аспектів перинатального процесу призводило до формування відверто помилкових стратегій надання допомоги вагітним і породіллям. Серед найбільш безглузвих помилок минулого можна згадати категоричні заборони на відвідування родичами жінок у пологових будинках і відлучення немовляти від матері одразу після народження. Назрівання протиріч між цивілізаційним розвитком суспільства та архаїчними уявленнями про пологовий процес і стало основним каталізатором оформлення у самостійний напрямок перинатальної психології — нового розділу клінічної психології, що виконує інтегративну функцію, поєднуючи досвід та накопичені знання акушерів і психологів. Сучасні вимоги щодо перинатального психологічного супроводу акцентують увагу передусім на впровадженні біопсихосоціальної моделі допомоги, відході від суто механістичних уявлень.

Розвиток і впровадження перинатального психологічного консультування й психотерапії спрямовані на поліпшення психічного стану вагітних жінок і породіль, гармонізацію відносин в їхніх сім'ях. Це одна із актуальних і пріоритетних задач сучасної медицини, вирішення якої дозволить знизити ризик ускладнень під час вагітності та пологів, дасть можливість профілактувати нервово-психічні розлади в новонароджених.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ЇЇ МІСЦЕ В МЕДИЦИНІ

Вагітність, пологи, материнство — усе це етапи особистісного росту жінки, а роль матері — вершина шляху, унікальне явище, що виникає в результаті трансформації цінностей, уявлень про себе та оточуючих, змін стереотипів поведінки. Окрім суто фізіологічної обтяженості, на шляху сучасної жінки до материнства дуже часто стоїть особистісна дисгармонія та соціальна дезадаптованість, що є глибинними причинами розвитку невротичних реакцій та психосоматичних розладів під час вагітності.

Власне психологічний процес становлення материнства може бути розділений на три глобальні етапи. Перший — охоплює період від рішення про готовність до зачаття до першого руху плода й початку діалогу матері з ним. Другий — закінчується після того, як жінка вперше бачить немовля у себе на руках і прикладає його до грудей, розуміючи всю покладену на неї відповідальність. Третій етап охоплює весь цикл грудного вигодовування і має дуже варіабельні часові рамки.

Реалізація репродуктивної функції на всіх цих етапах є фізіологічним процесом й апіорі не потребує лікування, але на практиці навіть саму вагітність, без урахування обтяжуючих моментів, можна розглядати як кризову для жінки ситуацію. Серед типових психологічних проблем перинатального періоду можна виділити три наймасштабніші:

- трансформацію сексуально-соціальних відносин, передусім у межах сім'ї;
- стрес від пологів;
- післяпологову кризу материнства.

Якщо звичні механізми адаптації дають збій, то у відповідь на ці ситуації можуть виникати психічні розлади, переважно невротичного рівня. Отож, сформувалась потреба виділення спеціального напрямку психології, що вивчав би проблеми перинатального періоду, і ця дисципліна стала галуззю клінічної психології, яка, у свою чергу, є одним із напрямків загальної психології.

Загальна психологія займається вивченням нормальних психічних явищ і особистісних властивостей людини, а клінічна психологія є одним зі спеціальних напрямків психології та прикладною галуззю медичної практики.

Клінічна (медична) психологія — наука про психологічні аспекти професійної діяльності лікарів та інших медпрацівників, впливу хвороби на особистість, а також всієї системи лікувально-профілактичних і психотерапевтичних впливів, спрямованих на якнайшвидше одужання й відновлення працездатності хворих.

Це одна із основних прикладних галузей психології, метою якої є застосування різноманітних психологічних знань у сфері медичної діяльності. Окрім того, до області її інтересів включені відносини, що виникають між усіма учасниками процесу надання медичної допомоги.

Перинатальна психологія — розділ клінічної психології, що вивчає психологічні аспекти надання акушерсько-гінекологічної та перинатальної допомоги.

Перинатологія (грецьк. *peri* — навколо, *біля*; лат. *natus* — народження; *logos* — наука, вчення) вивчає всі процеси, що супроводжують народження і мають стосунок до нього.

Історично, перше «Товариство пре- й перинатальної психології» виникло в 1971 році у Відні зусиллями групи учнів і послідовників S. Freud, а уже в 1983 році у Торонто відбувся Перший Американський Конгрес з пре- й перинатального виховання. Подібні організації продовжують виникати та розвиватися в багатьох країнах, що свідчить про актуальність цього наукового напрямку для сучасного суспільства.

На сьогодні, перш за все, перинатальна психологія тісно пов'язана із акушерством, але не менш важливими для неї є її взаємозв'язки з психіатрією та психотерапією. Окрім того, весь час відбувається розширення переліку явищ, які досліджуються в рамках цього наукового напрямку.

Власне, у визначенні перинатальної психології, по суті, відображено її основні розділи, котрі відрізняються передусім завданнями, що постають на різних етапах репродуктивного процесу. Це:

- психологія зачаття;
- психологія періоду вагітності;
- психологія пологів;
- психологія раннього постнатального періоду;
- психологія впливу перинатального періоду на розвиток особистості;
- кризова перинатальна психологія — ситуації загроз здоров'ю і життю матері й дитини, або ж ситуація смерті матері чи дитини.

Зокрема, досліджуються психологічні проблеми взаємовідносин медичних працівників установ акушерсько-гінекологічного профілю між собою та з пацієнтами. Також велика увага надається вивченню психофізіологічних процесів у системі «мама — батько — дитина» за обставин зачаття, виношування, народження та вигодовування аж до завершення сепарації з дитиною.

Медична складова перинатальної психології представлена дослідженнями особливостей динаміки психічного розвитку на ранніх етапах

онтогенезу в умовах патології вагітності, пологів і на фоні післяпологових ускладнень. Важливою і складною проблемою є надання психологічної допомоги у разі втрати вагітності, загибелі дитини під час пологів чи народження дитини із вродженою патологією.

Крім діадного характеру об'єкту дослідження, до особливостей перинатальної психології відносять психопрофілактичну спрямованість, сімейний характер проблем, які вона вивчає, а також мінливість завдань, обумовлену етапами реалізації репродуктивної функції.

Досі дискусійним є питання про те, який же період має охоплювати перинатологія. Традиційно, акушери перинатальним вважають період від 28-го тижня внутрішньоутробного розвитку плоду до сьомої доби після народження немовляти. В 1973 році на VII Всесвітньому Конгресі FIGO (Міжнародної федерації акушерів-гінекологів) було прийнято і включено до МКХ-10 визначення «перинатального періоду», згідно із яким він починається з 22 повних тижнів (154 дні) вагітності й закінчуються через 7 повних діб після народження.

Поряд із цим, у низці англomовних країн поширеним є поняття *primal period* (період первинного розвитку), що передбачає окрім стадії «внутрішнього виношування» також «зовнішнє виношування» уже в соціальному середовищі.

На відміну від розуміння терміну акушерами, із точки зору перинатальних психологів цей період включає в себе весь пренатальний період, самі пологи й перші місяці після народження. Це етимологічно обґрунтована дефініція, що дозволяє розглядати народження дитини не окремою локальною подією на осі часу, а як тривалий процес, що починається від зачаття й охоплює весь пренатальний період, самі пологи та перші місяці після народження. Досить гармонійно узгоджується із такою концепцією існування діадної системи «мама–дитя», до ознак якої належать:

- симбіотичний зв'язок матері та дитини;
- несаможиттєвість психіки дитини, її залежність;
- відсутність у дитини здатності виділяти себе із навколишнього світу.

Як правило, всі ці ознаки тією чи іншою мірою присутні протягом перших трьох років життя дитини.

ПСИХОЛОГІЯ ЗАЧАТТЯ

Із суто фізіологічної точки зору зачаття — це злиття в ампулярній частині маткової труби чоловічої та жіночої статевих клітин (по 23 хромосоми кожна) і формування зиготи, яка містить уже 46 хромосом (батьківський і материнський набори). Але в процесі еволюційного розвитку люди відійшли від суто інстинктивного ставлення до сексуальних стосунків. Тісне переплетіння інстинктивних механізмів і цивілізаційних аспектів наділило людську сексуальність низкою надзвичайно специфічних ознак, більшість із яких на сучасному етапі досить далеко від остаточного вивчення.

З одного боку, можливість свідомого вибору та звільнення від інстинктивної залежності в питаннях статевої поведінки дозволило на базі банальної фізіології створити цілий всесвіт високої естетики й моралі любовних стосунків. З іншого, десакралізація сексуальності мала наслідком цілу низку негативних тенденцій, як то: її комерціалізації, поширення сексуальних перверзій, стирання гендерних відмінностей (фемінізація чоловіків і маскулінізація жінок).

Згадуючи давні ритуали посвячення в юнаки, чоловіки (або в жінки для дівчини), ми розуміємо, що вони дозволяли дати дітям відчуття певного закону життя, напрацьованих поколіннями правил, змінити відносини батьки — дитина на відносини дорослий (батько) — дорослий (син, донька). На сьогодні, такі шляхи підтримання культури сексуальних відносин у переважній більшості випадків не спрацьовують. Новий рівень цивілізаційного розвитку створив і нові проблеми, навіть у таких традиційних сферах, як сексуальність та репродуктивна функція.

Серед найбільш складних і масштабних проблем психологічного характеру, які так чи інакше супроводжують зачаття, можна виділити різноманітні аспекти травматичного і небажаного зачаття, сурогатне материнство, клонування, евгеніку.

2.1. Еволюційні аспекти зачаття

Для більшості тварин сфера сексуальності має чіткий зв'язок із інстинктом продовження роду і кожен свій статевий акт вони здійснюють з метою зачаття. Люди ж, у переважній більшості випадків, вважають зачаття небажаним результатом статевої близькості, натомість прагнучи отримати передусім оргазмічне задоволення. В результаті, на сучасному етапі секс став як вищою точкою духовного та фізіологічного

єднання, у випадку закоханих людей, так і тяжким злочином, у випадку зґвалтування. Механізми таких трансформацій лишаються не до кінця з'ясованими, але для їх розуміння центральним питанням є еволюційне походження та біологічна роль оргазму як ключового компоненту людської сексуальності.

Орга́зм (з грецьк. *οργασμός* — оргазмос, що означає «наливатись», «мати хіть») — це фізіологічний стан, що виникає в момент завершення статевого акту чи інших сурогатних форм сексуальної активності й характеризується відчуттям максимальної насолоди.

Еволюційна роль оргазму в чоловіків відносно зрозуміла. У примітивному суспільстві право на спарювання (репродукцію свого генного матеріалу) має найсильніший самець. Оргазм виконує роль нагороди, яка стимулює його до участі у змаганнях за право запліднити максимальну кількість самок. Таким чином, забезпечується еволюційна складова процесу розмноження: потомство дає лише найсильніший представник, генетичний матеріал якого є надзвичайно конкурентним і підвищує адаптивні властивості популяції загалом. Роль самки у цьому процесі, як правило, є пасивною.

Тривалий час вважалося, що жінки — єдині в природі самки ссавців, котрі еволюційним шляхом здобули здатність переживати оргазм. Це пояснювалось тим, що сексуальні відносини людей, вийшовши за межі суто інстинктивного прагнення до розмноження, стали одним із основних факторів формування так званої нуклеарної сім'ї, як етапу соціальної еволюції. Стимулюючим фактором до формування таких стосунків стала поява оргазму в жінок, що зробило їх зацікавленими у статевих стосунках на рівні з чоловіками, а не лише у вузьких рамках інстинктивного сценарію розмноження.

Але пізніше було з'ясовано, що самки деяких приматів теж переживають оргазм і це жодним чином не стимулює їх до моногамії. І, навпаки, наприклад, гібони, переважно моногамний вид, але їх самки не виявляють жодних ознак здатності переживати оргазм. Тоді, після детального вивчення фізіологічних аспектів цього явища, було висунуто іншу теоретичну концепцію, суть якої полягає в тому, що жіночий оргазм відігравав роль підсвідомого механізму посткопуляційного відбору генетичного матеріалу для зачаття ще на досімейному етапі розвитку цивілізації, в умовах проміскуїтету.

Проміскуїтет — сексуальна нерозбірливість, нічим не обмежені статеві зносини з багатьма партнерами.

Апріорі жіночий репродуктивний тракт не є гостинним місцем для сперматозоїдів. Конкуренція сперматозоїдів це швидше боротьба за виживання, ніж банальний спринт на шляху до яйцеклітини. У природних умовах, близько 30% чоловічої сперми елімінується із жіночого організму уже за перші 30 хвилин після статевого акту, інша частина розпізнається

як антигени та піддається масивній атаці з боку специфічних лейкоцитів, кількість яких перевершує чисельність власне сперматозоїдів у сотні разів. Окрім антиспермальних лейкоцитів, анатомічні та фізіологічні перешкоди створює піхва, шийка матки й поверхня самої яйцеклітини. І тільки один із близько 15 мільйонів сперматозоїдів має шанс досягнути фаллопієвої труби.

Ситуація ускладнюється у випадку конкуренції з боку сперми різних чоловіків в умовах проміскуїтету. Тоді, створюючи однакові перепони для всіх сперматозоїдів, жіноче тіло допомагає обраним, керуючись комплексом фізіологічних, імунологічних і, безумовно, психологічних факторів відбору.

Фізіологічно оргазм викликає зсув кислотно-лужного балансу піхви в лужний, менш агресивний бік. Це полегшує умови для виживання сперматозоїда та його подальшого проникнення крізь оболонку яйцеклітини. Тобто, сперматозоїди, які починають свій шлях на фоні оргазмічних переживань жіночого організму, мають значно більше шансів на успіх, ніж ті, що стартують у звичайних умовах.

Але, безумовно, у сучасних умовах жодні еволюційно закріплені підсвідомі механізми не можуть замінити доцільність усвідомленого ставлення до акту зачаття, що базується на індивідуальній моралі та високій сексуальній культурі, котра має культивуватися в суспільстві. Актуальними також є різноманітні механізми регулювання нормативної бази щодо оцінки допустимого в сексуальних стосунках. Відповідні процеси здійснюються через громадські, соціальні закони й за допомогою розвитку культури суспільства загалом. Низька сексуальна культура, відсутність гармонії в міжособистісних взаєминах і соціально-економічні фактори належать до основних причин непланової чи небажаної вагітності.

2.2. Мотиви та обставини зачаття

Згідно з проведеними в США соціологічними дослідженнями, приблизно половина вагітностей, які закінчились пологами, були неплановими. Аби зрозуміти масштаб проблеми до цих показників, слід додати ті випадки непланових вагітностей, які закінчились медичними абортами чи спонтанними викиднями.

Конструктивні мотиви зачаття пов'язані, насамперед, із почуттям взаємної любові, коли народження дитини стає етапом розвитку та зміцнення стосунків у рамках сім'ї.

Натомість, більшість вагітних жінок основним мотивом зачаття називають виконання певного «жіночого боргу»: жінка повинна мати дітей. Це говорить про силу соціальних установок. Такі жінки мало задумуються про свої внутрішні прагнення й відчуття, натомість сприймають дитину як аргумент, який зможуть пред'явити суспільству в якості доказу своєї повноцінності та успішності.

Деструктивно позначаються на сімейних відносинах, вихованні дитини та її розвитку, такі мотиви зачаття:

- змусити партнера одружитися;
- зміцнити відносини в родині («прив'язати» до себе, повернути чоловіка);
- народити «на зло» партнеру;
- народити «хоч одну близьку людину», щоб було про кого піклуватися;
- замінити народженою дитиною втрачену близьку людину;
- змінити соціальний статус;
- «бути як всі»;
- довести свою дорослість;
- змусити батьків змиритися зі шлюбом;
- виконати наполегливе прохання батьків про народження онука чи онуки;
- народити задля матеріальної вигоди (соціальні виплати, аліменти, поліпшення житла та ін.).

2.3. Травматичне зачаття, зґвалтування

Важливим фактором, що визначає перебіг вагітності, є обставини зачаття, зокрема, наявність усвідомленої згоди жінки.

Іноді жінки наважуються народити дитину поступившись наполегливим проханням, наприклад, нелюбого чоловіка чи своєї авторитарної матері, яка мріє про онука. Рішення про вагітність може прийматись з огляду на бажання врятувати невдалий шлюб чи компенсувати самотність. Це може вирішувати певні поточні проблеми, але створює ґрунт для наступних неворотичних конфліктів. Тому такі обставини розцінюються як травматичні.

Травматичне зачаття — це ситуація, коли жінка не готова стати матір'ю, але погоджується завагітніти (або залишити випадкову вагітність) під тиском обставин.

Найтравматичнішими вважаються обставини зачаття, що пов'язані з ситуацією зґвалтування.

Зґвалтування — сексуальне насильство, вчинення статевого акту одним або декількома людьми з іншою людиною без її на те згоди.

Важливою передумовою такої ситуації є безпорадний стан жертви, яка втрачає свідомість, перебуває у стані сильного алкогольного сп'яніння, страждає на психічний розлад або не здатна чинити опір через малолітній вік. У більшості випадків це відбувається із використанням фізичного насильства чи загрози його застосування, психологічного тиску, економічної, психологічної або іншої залежності жертви.

У стародавньому праві зґвалтування розглядали як фізичне насильство, безвідносно до сексуального характеру дій злочинця. На сучасному етапі аспект посягання на статеву мораль висувається на перший план, а тяжкість фізичного насильства відіграє другорядну роль.

За біблійних часів старозавітного права у євреїв при зґвалтуванні жінка не каралася стратою тільки у випадку, якщо це було в безлюдному місці й вона «кричала, але не було кому врятувати її», тоді забивали камінням тільки насильника. Якщо ж вона не кричала, або це було в місті, де хтось мав почути крики, то це уже розцінювалось як блуд, і каралось смертю обох.

При цьому завжди зважали на сімейний стан жінки: за зґвалтування заміжньої жінки карали з усією суворістю. Якщо ж жертвою була незаміжня дівчина, то гвалтівник мав шанс сплатити її батькові 50 шекелів срібла та взяти її собі за дружину, не маючи потім права на розлучення. Тобто, на перший план виступав елемент соціальної захищеності жінки, оскільки банальне покарання винного обрікало її на довічну самотність через пережиту ганьбу.

При формуванні норм права довгий час дискутувалось питання про те, чи може в принципі доросла жінка, яка знаходиться в повній пам'яті і здатна до опору, бути зґвалтована одним чоловіком. Фізичний опір з боку жінки вважався її обов'язком за будь-яких обставин, а факт неопору жертви був непрямим свідченням її добровільної згоди на статевий акт.

Більше того, можливість вагітності в результаті статевого акту без згоди на те жінки, наприклад при зґвалтуванні, тривалий час взагалі не визнавали. Якщо ж жінка в результаті сексуального насильства вагітніла, то її вважали винною ледве не на рівні із гвалтівником. Багато судових медиків вказували на те, що, якщо навіть жертва подолана, то все ж вона найменшим порухом тіла може перешкодити продуктивному злягання. Після введення в законодавства положень, згідно з якими погрози та використання залежного становища прирівнюються до фізичного насильства, це питання втратило актуальність. На сьогодні доведено й те, що, хоча ризик вагітності в результаті зґвалтування і є статистично невисоким, але він існує.

У більшості сучасних законодавств зґвалтування визнається одним із тяжких або особливо тяжких видів злочинів і передбачає покарання через позбавлення волі на строк від 3 до 6 років, що, у випадку обтяжуючих обставин, може збільшуватись до 20 років або навіть до довічного ув'язнення. Це свідчить про увагу сучасного суспільства до проблеми генфонду та моралі сексуальних стосунків.

Поряд із прогресивним значенням такої трансформації поглядів, це призвело й до хвилі спекуляцій тих жінок, які іноді схильні використовувати звинувачення в зґвалтуванні з корисливою метою або ж просто не здатні адекватно оцінювати межі дозволеного в сексуальних стосунках.

Зокрема, описана ціла серія судових позовів пацієток, які зазнали дії хлороформу чи іншого наркозу. Перебуваючи в стані зміненої свідомості та переживаючи реалістичні сноподібні фантазії еротичного змісту, вони потім були нездатні відрізнити їх від реальності, безпідставно звинувачуючи медиків у сексуальному насильстві над ними.

Іншим надзвичайно цікавим і складним з точки зору юридичної оцінки є феномен сексомнії.

Сексомнія (лат. *Sexus* — статъ + *Somnus* — сон) — розлад психіки, варіація лунатизму, що характеризується сексуальною активністю людини під час сну.

Зустрічається як у чоловіків, так і в жінок. Характерною рисою є неусвідомлення того, що відбувається, амнезія на ці події. Іноді спогади все ж можливі, але зазвичай все сприймається як еротичний сон. Це не дозволяє відповідні дії вважати злочином, навіть якщо в результаті комусь завдано фізичної та моральної шкоди. Існують прецеденти, коли діагноз «сексомнія» дозволяв зняти звинувачення у зґвалтуванні.

Але, не зважаючи на таку увагу до захисту права жінки на свідомий вибір у сексуальних стосунках, проблема зґвалтувань є й досі доволі масштабною. На нашій планеті зберігаються місця, де це явище має всі ознаки гуманітарної катастрофи.

Згідно з даними дослідження, яке було здійснене у 2009 році департаментом юстиції США, близько 18% дорослих американок пережили сексуальне насильство принаймні один раз у житті. Із усієї кількості цих випадків лише 16% завершилися поданням офіційної заяви до поліції. Ці показники приблизно збігаються із результатами аналогічних досліджень в інших високорозвинених країнах і досить інформативно відображають реальний стан речей.

Для порівняння, згідно з дослідженнями Організації Об'єднаних Націй, в 1998-2000 роках перше місце у світі за кількістю зґвалтувань на душу населення зайняла Південно-Африканська Республіка. Протягом року в ПАР фіксують близько 500 000 зґвалтувань. Усе це відбувається на фоні низького розвитку освіти й медицини в умовах неможливості повноцінного юридичного захисту постраждалих жінок. Існує навіть сумний жарт, що має під собою реальне статистичне підґрунтя: жінка у ПАР має багато менше шансів навчитись читати, ніж бути багаторазово зґвалтованою протягом життя.

Основною мотивацією ґвалтівників є прагнення до влади та помста за нанесені колись образи, зневагу. Саме тому більшість із них намагаються вибрати не найбільш привабливу для себе жертву, а передусім обставини, що дозволять їм вчинити злочин і залишитися безкарним.

Для жертв зґвалтування результатом пережитого часто стає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — шоківі психологічні реакції, котрі розвиваються внаслідок потужних стресів, обумовлених переважно військовими конфліктами та природними катаклізмами.

Гостра фаза ПТСР виникає негайно після самої події й проявляється експресивними реакціями: істерією, нападами плачу й гніву. Але іноді жертви, навпаки, поводять себе зовні малоемоційно, що вказує на розвиток шоккової загальмованості.

Під час наступних декількох тижнів у поведінці жертви зґвалтування проявляються емоційні реакції на пережите: відчуття провини, сором, безпорадність, зневіра, страх. Майже завжди виникає депресія тієї чи іншої тривалості. Згодом симптоматика наповнюється тривогою й страхом, флешбеками, порушеннями сну, сексуальними розладами, психосоціальною дезадаптацією. Як правило, психологічні наслідки пережитого відчуються протягом декількох років, але іноді переслідують постраждалих жінок протягом усього їх подальшого життя.

Вагітність за таких умов перебігає надзвичайно складно, на фоні кризових психічних станів. Більшість жінок приймають рішення про її переривання.

Психологічну допомогу постраждалим від зґвалтувань, а також від інших видів насильства, ефективно надають спеціалізовані кризові центри. У всіх зазначених випадках психотерапевтична тактика лікаря має будуватися навколо тези про материнство як призначення жінки, що в принципі не може бути ганебним і до чого не можна ставитися легковажно.

2.4. Євгеніка

Як уже згадувалось, на сьогодні практично в усіх культурах зґвалтування вважається надзвичайно тяжким злочином, а інцест належить до незаперечного табу людської цивілізації. Це є інтуїтивним проявом того значення, яке надає генофонду соціум у справі власного виживання. Тому природним є бажання впливати на якість цього генофонду.

Євгеніка — (від грецьк. *Ευγενες* — «гарного походження», «родовитий») — вчення про спадкове здоров'я людини і шляхи поліпшення генетичних властивостей.

Основи селекції були відомі з глибокої давнини. Наприклад, у Спарті неповноцінних за тими чи іншими критеріями дітей кидали у прірву. З іншого боку, на думку Платона, ідеальне суспільство має заохочувати тимчасові союзи обраних чоловіків і жінок для високоякісного потомства. Це твердження, зрозуміло, не поширювалося, наприклад, на васалів (право першої ночі) чи рабів, які тоді прирівнювалися до тварин.

Принципи євгеніки були сформульовані двоюрідним братом Ч. Darwin (1809-1882) англійським психологом F. Galton (1822-1911) у книжці «Дослідження людських здібностей та їх розвитку», що побачила світ у 1904 році. Він визначив євгеніку як науку, що займається «всіма факторами поліпшення вроджених якостей раси». Тоді ж були сформовані основні ідеї соціального дарвінізму, які мали сильний вплив на настрої філософів того часу.

На жаль, F. Galton був расистом і вважав, що негри, злидарі та хворі люди не достойні того, аби мати потомство. У нацистській Німеччині (1933-1945) євгенічна риторика активно використовувалась для обґрунтування расової політики Третього Рейху щодо стерилізації та винищення «неповноцінних»:

психічно хворих, гомосексуалістів, циган, євреїв. Погляди основоположника євгеніки, а також її політизація у XX ст. призвели до тривалої дискредитації цього наукового напрямку. Зокрема, видатний етолог К. Lorenz (1903-1989), як прихильник «практичної» євгеніки нацистської Німеччини, після Другої Світової війни став *persona non grata* у багатьох країнах.

Проте, поряд із цим, ряд регіональних і національних урядів підтримували євгенічні програми до 1970-х років. Прихильники євгеніки хотіли поліпшити людський генофонд через обов'язкову стерилізацію осіб з асоціальною поведінкою. Подібні програми здійснювалися протягом 30-х років XX ст. у ряді штатів США, у середині XX ст. — у Швеції. Дотепер у деяких штатах США передбачена можливість заміни довічного ув'язнення осіб, які скоїли сексуальні злочини, на добровільну кастрацію.

Сьогодні багато проблем спадкового здоров'я вирішуються у рамках традиційної генетики людини й замість дискредитованого терміну «євгеніка» часто використовується нейтральніше словосполучення «генна інженерія».

Розрізняють позитивну та негативну євгеніку.

Позитивна євгеніка — сприяння збереженню та відтворенню генофонду людей з ознаками, які вважаються цінними для суспільства.

Негативна євгеніка — припинення відтворення генофонду осіб, які мають спадкові дефекти, або тих, кого у цьому суспільстві вважають фізично чи розумово неповноцінними.

Значна частина проблем пов'язана з потенційною можливістю «нецільового використання» даних про геном людини, що становлять лікарську таємницю, зокрема — при страхуванні або прийомі на роботу. Наприклад, у Китаї та Індії широко практикують діагностику статі плода й на цій підставі масово абортують дівчаток. Зокрема, як наслідок — в Індії щороку не народжуються близько 500 тисяч дівчаток, які стають жертвами негативної євгеніки.

У реальному житті грань між негативною і позитивною євгенікою досить умовна. Бурхливий розвиток генотерапії як нового напрямку медицини дозволяє сподіватись, що актуальність негативної євгеніки істотно знизиться або зникне повністю. Крім того, розробляються ефективні методи науково обґрунтованого поліпшення геному різних організмів, і коли така можливість з'явиться, повністю втратить зміст термін «позитивна євгеніка».

Актуальність євгеніки (генної інженерії) на цьому етапі обумовлена тим, що в розвинених країнах на практиці зростає рівень так званого «генетичного обтяження». Це є одним із результатів застосування режиму «збереження» у вагітних, що скоротило кількість спонтанних абортів і дало можливість виживати фізіологічно слабким організмам. Іншою причиною росту генетичного обтяження є розвиток медицини, який дозволяє дожити до репродуктивного віку особам із вродженими генетичними аномаліями. У зв'язку з цим, євгеніка на сьогодні є ще актуальнішою ніж 100 років тому.

Етично коректним способом скорочення генетичного обтяження є превентивне консультування майбутніх батьків у медико-генетичних центрах. У низці країн уже доступна пренатальна діагностика ембріону від штучного запліднення (при числі клітин близько 10). Визначається наявність маркерів близько 6000 спадкових захворювань і тільки після цього вирішується питання про доцільність імплантації в матку. Це дозволяє мати власну дитину парам із високим ризиком спадкових захворювань. Соціальною компенсацією для осіб, які не мають шансів на народження власного здорового потомства, є методи штучного запліднення, усиновлення, а також послуги сурогатних матерів.

2.5. Сурогатне материнство

Ще однією з можливих психологічно кризових ситуацій перинатального періоду є зачаття з використанням сурогатного материнства.

Сурогатне материнство («surrogacy») — методика репродукції людини, при якій жінка добровільно погоджується завагітніти з метою виносити й народити дитину, яка буде потім віддана на виховання іншим особам, що є замовниками й у майбутньому будуть юридично вважатись батьками.

Термін «сурогатне материнство» охоплює часткову чи повну сурогатність.

Часткова (гендерна) сурогатність передбачає те, що гестаційна (та, що виношує немовля) жінка має генетичний зв'язок із дитиною, надаючи свій ооцит. Така сурогатність є історично традиційною.

Повна (гестаційна) сурогатність — жінка, яка виношує немовля, не має жодного генетичного зв'язку з дитиною. Цей вид сурогатного материнства з'явився як наслідок розвитку допоміжних репродуктивних технологій.

Проблема сімей, позбавлених радості рости й виховувати власних дітей, існувала завжди, а традиційне сурогатне материнство (часткова сурогатність) відоме з давніх-давен — законодавчо було закріпленим ще в кодексі законів царя Хамурапі (1781 рік до н.е.). Тоді було встановлено те, що, якщо дружина не може народити своєму чоловікові дитину, то вона має самостійно обрати серед своїх невілень ту, яка це зробить замість неї. Такі ситуації завжди призводили до морально-етичних конфліктів, тому уже на той час передбачалися певні гарантії для сурогатних матерів. Заборонялося, зокрема, продавати їх згодом у власність іншим господарям.

Першою відомою в історії безплідною парою були старозавітні Авраам і Сара. Після безуспішних спроб зачати дитину, згідно з усталеним звичаєм, за домовленістю з чоловіком, Сара звеліла своїй невільниці, єгиптянці Агарі, аби та завагітніла від Авраама й виносила зачату ним дитину. Як результат цих подій, у 910 році до нашої ери народився Ізмаїл (Ісмаїл, Ішмаель), який, за однією з версій, став праотцем арабів, котрих іноді за іменем сурогатної матері називають агарянами.



**Matthias Stom. Сара приводить Агар до Авраама (1638).
(Картинна галерея, Берлін)**

Історія Агар знаходиться у розділах книги Буття 16 і 21. Оповідь стверджує, що Агар була єгиптянкою, рабинею Сари, яка через безпліддя передала її Аврааму як наложницю, щоб вона, замість неї, могла народити йому дитину. Коли Агар завагітніла, вона почала виноситись над Сарою, і Сара почала гнобити її. Агар, не витримавши цього, втекла від Авраама. Але ангел Господній, знайшовши її в дикій місцевості, наказав їй повернутися. Вона послухала цього голосу, а підкорилася Сарі, і народила сина Аврааму, якого назвала Ізмаїл.

Прикладом повної гестаційної сурогатності є фреска в одному з індійських храмів, що ілюструє легенду про зачаття Махавіри — засновника джайнізму (599 рік до н.е.). Махавіра випадково був зачатий в утробі жінки низького соціального статусу. Цар богів Індра наказав перенести плід жінці, яка була б гідною народити Великого Героя. На фресці зображені дві напівлежачі жінки: одна з них — Девананда, дружина священника, в утробі якої був зачатий Махавіра, інша — королева Трішала, якій він був перенесений Харінегамешіном, божеством з оленячою головою. Як свідчить легенда, плід був узятий через матку й пересаджений в утробу іншої жінки з надзвичайним мистецтвом.

Нова ера в лікуванні безпліддя розпочалася після того, як в 1978 році в Англії народилась перша у світі дитина після запліднення *in vitro* (ЕКЗ — екстракорпоральне запліднення). За допомогою нових допоміжних репродуктивних технологій стало можливим переносити ембріон не тільки

до матки реципієнтки, але й у матку іншої жінки, сурогатної матері. Після тривалої дискусії з незалежним Етичним комітетом Британської медичної асоціації гінеколог P. Steptoe та ембріолог R. Edwards уперше реалізували науково обґрунтовану програму сурогатного материнства. Ембріон генетичних батьків був перенесений сестрі безплідної жінки і в 1989 році вона народила здорову дитину. В Україні перша така дитина з'явилась на світ у 1991 році в Харкові — це був перший такий випадок у Східній Європі.

На сьогодні популярнішою є процедура екстракорпорального запліднення, яка полягає в отриманні з яєчників жінки зрілих яйцеклітин, котрі запліднюються сперматозоїдами чоловіка (або, за бажанням подружжя, спермою донора). Отримані ембріони вирощують в інкубаторі протягом 48-72 годин і переносять (підсажують) до матки пацієнтки. У тих випадках, коли це неможливо за медичними показаннями, а усиновлення не може бути здійснене з психологічних причин, на допомогу приходять програма сурогатного материнства.

Крім того, часто фізіологічно здорова жінка не може мати власних дітей в силу психологічних причин, наприклад, через страх перед вагітністю або прагнення зробити кар'єру та забезпечити фінансову базу для сімейного життя. Коли ж такі жінки нарешті підходять до межі у 35-40 років і відчують соціально-психологічну готовність до материнства, то стикаються з проблемами медичного плану, що змушує вдаватися до послуг сурогатної матері.

Сучасні технології репродукції життя породжують цілий ряд морально-етичних проблем, які поки не мають однозначних рецептів вирішення. Противники сурогатного материнства вважають, що воно перетворює дітей на товар, коли багаті люди наймають жінок для виношування своїх дітей. Вони також стверджують, що материнство стає при цьому договірною роботою, а деяких сурогатних матерів може психологічно травмувати необхідність віддавати виношену й народжену «свою» дитину. Важливим є й питання психологічної адаптації дитини в цій ситуації: чи слід її інформувати про обставини власної появи на світ, можливим чи неможливим є її спілкування з сурогатною матір'ю.

Наявні заперечення — недостатні причини заборонити сурогатне материнство в цілому. Суспільна дискусія триває й на сьогодні технологія сурогатного материнства все ще заборонена в Австрії, Норвегії, Швеції, Франції, Італії, Швейцарії та Німеччині, а в Австралії, Великій Британії, Данії, Естонії, Ізраїлі, Іспанії, Канаді та Нідерландах дозволеним є тільки некомерційне материнство. На комерційній основі сурогатне материнство дозволене в більшості штатів США, у ПАР, Росії, Грузії та в Україні. Зокрема, ст. 48 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», передбачає застосування штучного запліднення та імплантації ембріону, які здійснюються відповідно до умов і порядку, що встановлені МОЗ України, за наявності письмової згоди подружжя та сурогатної матері й забезпечення лікарської таємниці.

Юридичне законодавство різних країн із цієї проблеми є досить варіабельним. Утім, для уніфікації підходів 24 червня 2005 року Цільова група з етики й законів Європейського Товариства Репродукції Людини (Task Force on Ethics and Law ESHRE) запропонувала загальний алгоритм роботи за програмою сурогатного материнства, яким визначається статус основних учасників цього процесу.

При цьому лікар немає ні моральних, ні юридичних зобов'язань щодо обов'язковості співпраці в проєкті сурогатного материнства. Але якщо він погоджується співпрацювати, то має виступати додатковим гарантом дотримання морально-етичних, медичних та юридичних правил здійснення цієї програми.

А ось сурогатна мама, вільно, усвідомлено й поінформовано приймаючи рішення виносити дитину для іншої пари, одночасно погоджується з деяким обмеженням своєї автономності. Вона зобов'язується поводити себе як відповідальна вагітна жінка, зокрема, щодо можливості дострокового припинення вагітності у випадку медичних показань. Якщо така необхідність виникає, необхідно додатково отримати згоду партнера сурогатної матері, щоб захистити їх відносини, а також тому, що відповідно до законодавства багатьох країн, партнер-чоловік на перших порах є юридичним (законним) батьком дитини.

Потенційні батьки мають бути також поінформованими про те, що вони — батьки будь-якої народженої дитини (дітей). Для кращого розуміння перспектив розвитку ситуації, їх моральна та юридична відповідальність формалізується в контракті. Бажаною є відкритість батьків щодо потенційного бажання дитини знати обставини свого свого народження й свого генетичного походження, якщо при заплідненні використовувалися гамети донора або ооцити сурогатної матері.

Етично прийнятною процедурою сурогатне материнство є тільки в тому випадку, якщо це альтруїстичний акт жінки для допомоги безплідній парі. При цьому абсолютною етичною є також і певна компенсація найнятій жінці за втрату нею потенційного доходу під час виношування.

Бажано обирати на роль сурогатної матері придатних до цього рідчок у віці до 35 років для часткової сурогатності й до 45 років — для повної сурогатності. Аби прийняти вільне та добре продумане рішення, потенційна сурогатна мама повинна мати досвід народження принаймні однієї дитини. Усім зацікавленим сторонам потрібно рекомендувати окреме обстеження незалежними фахівцями.

Сурогатність призначена для того, щоб виносити дитину для батьків-замовників, тобто сурогатна мама не може пред'являти права чи брати на себе відповідальність за долю дитини після її народження. Про це вона повинна мати чітке уявлення ще до початку відповідних процедур. Зокрема, в Україні, згідно з Сімейним Кодексом (ст. 123, п. 2), батьками в усіх випадках визнаються замовники, навіть якщо договір про сурогатне материнство не був нотаріально засвідчений. При цьому у світі відомі випадки, коли суд ставав на бік сурогатних мам в їхніх суперечках із батьками-замовниками.

2.6. Клонування

Розвиток науково-технічного прогресу призвів до того, що люди врешті замахнулись на можливість самостійно скеровувати й видозмінювати такі сакральні тайнства, як початок нового життя.

Клонування — процес отримання повної генетичної копії донорського організму. По суті, це феномен народження без зачаття у звичному розумінні. Виділяють репродуктивне й терапевтичне клонування.

Терапевтичне (ембріональне, лікувальне) клонування передбачає отримання культури стовбурових клітин ембріону, генетично ідентичних із власними клітинами донора. Для цього ембріон руйнують на стадії бластоциту не допускаючи імплантації. Отримані клітини називають плюрипотентними, оскільки з них можна отримати різні типи тканин.

Репродуктивне клонування — це відтворення всього організму повністю.

Сукупність нащадків-копій, отриманих від одного організму, називають клоном.

Першого ссавця, вівцю Долі, було клоновано у 1997 році в Шотландії методом соматичної гібридизації, який винайшов Ian Wilmut. З молочної залози вівці взяли клітину й помістили в ембріональне оточення (ооцит) для перебудови генетичної програми на розвиток ембріону. З яйцеклітини іншої вівці вилучили ядро та замінили ядром, виділеним із клітини молочної залози першої вівці. Запліднена яйцеклітина була поміщена в матку третьої вівці — сурогатної матері, а народжена таким чином вівця стала повною генетичною копією донора клітини молочної залози.

Бум інтересу до клонування поставив людство перед необхідністю вирішення цілого ряду етичних проблем, зокрема щодо морального та юридичного статусу ембріона. У цьому питанні можна виокремити два основні підходи: біологічний і гуманістичний.

Біологічний підхід полягає у тому, що не пройшовши імплантацію та внутрішньоутробний розвиток, ембріон залишається лише групою клітин, керованих не мозком, а генетичним кодом. Зокрема, елементарні прояви наявності свідомості та здатності мислити стають помітними у віці через 28 днів після народження. І, звичайно ж, лише значно пізніше дитина набуває здатності відчувати власне існування в часі.

Протилежний, гуманістичний підхід пропонує з першої миті існування ембріону захищати його як живу людину й повноцінну особистість. З цієї точки зору етика не може виправдати ні терапевтичне клонування людини, ні інші подібні експерименти, адже не можна створювати ембріон для наступного убивства.

Національний інститут здоров'я США розробив компромісний підхід, згідно з яким ембріон — не особистість, але як форма людського життя має моральну цінність. Критерій цього проміжного статусу — наявність трьох обумовлених мозковою діяльністю здібностей: свідомості, мислення й здатності відчувати. Із цієї точки зору, людська особистість проявляється тільки на 14-й день розвитку, що підтверджується трьома біологічними фактами:

1. Первинна смужка — праобраз ЦНС, розвивається на 14-й день.
2. До сьомого-десятого дня розвитку можливі два явища: формування близнюків (поділ ембріону та утворення кількох генетично ідентичних особин) та мозаїцизм (злиття двох різних зародків в єдиний організм із двома різними геномами).
3. Приблизно на 14-й день (іноді раніше) відбувається імплантація в стінку матки. За умови природного запліднення до 60% ембріонів не імплантуються.

Гуманістичний підхід — популярніший, тому на сьогодні майже всі розвинуті країни світу заборонили клонування. Єдиною країною, що дозволяє терапевтичне клонування, є Велика Британія. Відповідні зміни до Акта про людське зачаття та ембріологію (1990) були прийняті у 2001 році палатою лордів британського парламенту. Дозвіл стосується можливості проведення дослідів із клонами ембріонів віком до 14 днів.

У той же час, Рада Європи внесла правки до Європейської конвенції про права людини й біомедицину (1996), схваливши Додатковий протокол про заборону клонування людини (1998), який містить такі норми: «Заборонити будь-яке втручання, що має за мету створити людську особу, ідентичну іншій — живій чи мертвій». При цьому в Хартії Європейського Союзу про основні права (2000), яка є найсучаснішим документом про права людини, також визначено заборону на будь-яке клонування, окрім терапевтичного.

Основні аргументи проти клонування виглядають так:

1. Небезпека «нової ери», де генетична інформація стане предметом торгу в умовах ринкової економіки. Це може призвести до генетичного вдосконалення фінансової та політичної еліти суспільства, яка перетвориться на окремий «супервид».
2. Ризик мутації генів — спроби клонування тварин призвели до народження величезного числа дефектних особин і деякі з виявлених відхилень виявлялись уже після народження. Навіть низка здорових клонів не виключає ймовірності того, що створені після них будуть мати серйозні проблеми зі здоров'ям внаслідок латрогенних (неспецифічних) генетичних дефектів.
3. Небезпека скорочення життя — по суті свій клон є особою донора, відстроченою в часі, а його клітини несуть «пам'ять» донорського організму, тому існує ймовірність того, що новостворений індивідуум матиме вік організму-донора уже при народженні, будучи за фактом свого походження позбавленим частини повноцінного життя.
4. Емоційний ризик — результатом клонування є не дитина своїх батьків, як вони того очікують, а однойцевий близнюк батька чи матері. Це може призвести до величезного емоційного тиску на дитину на тлі підвищеної та вельми специфічної до неї уваги. Наприклад, якщо «батько» побачить, що клон його дружини стає точнісінькою її копією у 18 років, то мова вже може йти про потенційний інцест,

адже клон не має його генів. Неможливо також передбачити, як будуть змінюватися сімейні стосунки, коли клон померлої дитини почне проявляти свої психологічні відмінності, відповідно до свого виховання в зміненому середовищі.

5. Нівелювання унікальності особистості — юридичною проблемою стане регулювання відносин у сфері ідентифікації особистості, правонаступництва, сімейних відносин тощо. Крім того, виникає необхідність ідентифікації батьківства, адже за існуючою технологією в клонуванні беруть участь троє: донор соматичної клітини; донор яйцеклітини; сурогатна матір.
6. Ризик зловживання технологією — у кожному поколінні були й будуть люди, які прагнуть отримати максимальну вигоду від клонування. Невбезпека «армії клонів» цілком може стати актуальною реальністю.
7. Скорочення генетичного різноманіття — людство стане вразливішим, наприклад, до епідемій, що може призвести до загибелі цивілізації.

Усталені правила милосердя вимагають, аби ризик учасника дослідження не перевищував ступеня важливості вирішуваної проблеми. Також заборонені експерименти, які свідомо передбачають можливість загибелі пацієнта, окрім обумовлених Нюрнберзьким протоколом випадків, коли лікар здійснює експеримент на собі. Норми справедливості, у свою чергу, вимагають, щоб як ризик, так і користь дослідження мали однаковий стосунок до усіх верств суспільства: той, хто піддається ризику, має отримати й користь.

Якщо мова йде про дітей або ембріони, то потрібна згода батьків або донорів генетичного матеріалу. Відносно досліджень плоду в матці етичні норми дозволяють втручання в тих випадках, коли очікувана користь переважає ризик для життя плоду. Результатом експериментів над ембріонами може бути тільки продукування клітинної маси, а не тканин чи органів.

Використання власних клітин для терапевтичного клонування знімає багато етичних питань, оскільки людина має право розпоряджатися собою та своїм тілом до меж, коли це не починає шкодити суспільству в цілому. Медики підтримують таку практику з огляду на дві професійні причини. По-перше, при використанні власних клітинних матеріалів повністю виключається ризик зараження інфекціями, які можуть бути наявними в донора. По-друге, ризик відторгнення тканин таким чином зводиться до мінімуму, адже унеможливорюється конфлікт генетичного коду.

Обов'язковою умовою участі в дослідженні є повна та всебічна обізнаність пацієнта про те, що його очікує. У випадку отримання від нього або його юридично визнаних представників (батьків, опікунів і т.п.) усвідомленої й добровільної згоди щодо участі в дослідженні, він стає класичним донором і в умовах України вступає в силу «Закон про трансплантацію» (1999), який передбачає, зокрема, абсолютну анонімність донора.

ПСИХОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ

Формальний обрахунок терміну вагітності здійснюється починаючи від першого дня останньої менструації, а пологи настають приблизно на 40-у акушерському тижні. Таким чином, виникає суто математичний парадокс, коли тривалість вагітності виявляється на два тижні довшою за вік пренейта, котрий обраховується від запліднення яйцеклітини.

Традиційно у загальному перебігу вагітності виділяють три триместри, кожному із яких властиві свої симптоми та психофізіологічні трансформації. Деякі жінки протягом цього часу докорінно змінюють не тільки власний зовнішній вигляд, але й світогляд, в інших — майже все залишається без змін — і характер, і поведінка. Проте, у більшості випадків все ж можна виділити типові психологічні закономірності перебігу вагітності та їх зв'язок із фізіологічними процесами.

3.1. Перший триместр вагітності

Цей етап репродуктивного циклу триває дванадцять тижнів від першого дня після останньої менструації і має назву докомунікативного, оскільки передує першим порухам плода.

Головними подіями у цей час стають зародження діади (зв'язку мами й дитини) та формування органів пренейта. Обмінні процеси в організмі жінки перебудовуються задля забезпечення потреб пренейта щодо живлення й виділення продуктів життєдіяльності. З цієї ж метою формується додатковий орган — плацента.

3.1.1. Жінка у першому триместрі вагітності

Сигналом про настання вагітності для жінки, як правило, є відсутність менструації у визначений період. Це обумовлено гестацією гормональних змін, котрі блокують дозрівання нових яйцеклітин. Може також відзначатися підвищення температури до субфебрильних показників (37,0-37,5°).

Вважається, що звістка про вагітність має переповнювати радістю. Але насправді, усвідомлення свого нового статусу іноді стає серйозним психологічним випробуванням для жінок, робить їх особливо вразливими.

У більшості випадків непланової вагітності, побачивши позитивні результати тесту, потенційні мами починають напружено пригадувати ймовірні обставини зачаття (алкоголь, тютюн, ліки тощо) та обдумувати можливі перспективи свого нового статусу (професійні, сімейні, фізіологічні).

Багато в чому характер переживань залежить від того, якої реакції на цю новину вони очікують від чоловіка та близьких родичів. Якщо очікування невітніші й реакція найдорожчих людей не надихає, то наростає тривога за власне майбутнє й долю ще ненародженої дитини.

Дуже по-різному переживають факт настання непланової вагітності жінки, які зачали дитину поза шлюбом. Одні з них впевнені в собі та майбутньому, інші роздумують про власну гріховність і провину, значна ж частина просто ігнорує проблему за принципом «якось усе налагодиться».

На превеликий жаль, аборти досі лишаються одним із поширених методів регулювання народжуваності, а невдачі при спробах перервати небажану вагітність лише посилюють психотравмуючий вплив таких ситуацій. Тому психологічний супровід професійного психолога чи психотерапевта є дуже доречним у всіх випадках, коли жінка має сумніви щодо майбутнього власної вагітності.

Якщо жінка виношує небажану дитину, її емоційний фон зазвичай характеризується амбівалентністю. На перебігу вагітності усе це відображається у вигляді вегетативних порушень, загострень психосоматичних і хронічних соматичних захворювань, токсикозів, різноманітних невротичних реакцій, стертих депресивних станів. Як наслідок, відбувається викривлення схеми антенатальної взаємодії у системі «вагітна — плід» і жінка виявляється психологічно не готовою до пологів, а дитина уже в утробі позбавляється базової довіри до матері й навколишнього світу, що згодом у дорослому житті призводить до підвищеної тривожності, невпевненості, порушення процесу формування власної гідності.

Ще в 1925 році американський біолог і психолог W. Сеппон довів, що у такому стані організм матері продукує «гормони занепокоєння» — катехоламіни, наслідком чого є звуження судин і спазми мускулатури. Це підвищує ризик розвитку порушень плацентарного кровопостачання та аномалій перебігу пологів, тому незаплановані вагітності у вісім разів частіше ніж планові закінчуються передчасними пологами.

При частих стресах катехоламіни перетворюють навколоплідну рідину на свого роду «гормональний бульйон», який безперешкодно потрапляє в організм дитини і, внаслідок фізіологічних особливостей, швидко там накопичується. Досить розвинена в другій половині вагітності нервова система плоду реагує на такі стреси прискореним серцебиттям, збудженнями рухами, іноді дитина починає смоктати палець.

Таким чином, іще до народження небажані чи неплановані діти зазнають потужної психотравми та страждають через гіпоксію, про що свідчить «неспокійна внутрішньоутробна поведінка». Після народження вони відзначаються нестійкістю нервових процесів, емоційною збудливістю, гіперактивністю, плаксивістю, тривожністю, порушеннями сну.

Загалом, психологічний зміст першого триместру для жінки головним чином фокусується навколо почуття невпевненості у майбутньому та по-

шуку шляхів адаптації до нових умов. Емоційна сфера в цей час відзначається лабільністю та амбівалентністю: щастя від усвідомлення близькості материнства дуже швидко може змінюватись неконкретизованою тривогою. Це іще не безпосередньо передпологові фобічні переживання, але свідомість може полонити хвилювання, обумовлене комплексом чинників. Серед них можна виділити як загальний страх перед невідомим, особливо у випадку першої вагітності, так і конкретизовану турботу про майбутнє через матеріальні проблеми, кар'єрні міркування, невизначеність перспектив шлюбу. Вагоме місце можуть займати побоювання щодо охолодження стосунків із коханим за час виношування дитини.

Гострота кризових психологічних переживань цього періоду дещо згладжується за рахунок фізіологічних змін в організмі вагітної жінки, що покликані захистити її та майбутню дитину від зовнішніх стресових впливів.

На етапі утворення зиготи та початку імплантації бластоцисту до ендометрію у центральній нервовій системі майбутньої мами утворюється **гестаційна домінанта** (лат. gestatio — вагітність, dominans — панівний) — стійкий осередок збудження, що володіє підвищеною чутливістю до пов'язаних із вагітністю подразників. Ця домінанта чинить гальмівний вплив на альтернативні центри активності, забезпечуючи пріоритетність реакцій організму, спрямованих на створення оптимальних для розвитку ембріона умов.

Під впливом гестаційної домінанти в рухах та мові жінки поступово нарастають ознаки загальмованості, підвищується потреба у сні. Подібні зміни носять адаптивний характер: знижують активність (у тому числі сексуальну), збільшують час відпочинку, обмежують контакти із зовнішнім середовищем, профілактуючи ризики шкідливого впливу на вагітність.

Нейрофізіологічні зміни у цей час проявляються зниженням збудливості кори головного мозку на тлі відносного підвищення збудливості спинного мозку та підкіркових утворень. Це проявляється, зокрема, підвищенням чутливості до запахів: непереносимістю деяких ароматів і, навпаки, потягом до інших, часто екстравагантних. Можуть з'явитись смакові примхи, імперативне прагнення до споживання чогось гострого, кислого чи солоного, або ж якогось певного продукту.

У багатьох жінок у цей час відзначається головний біль, підвищена стомлюваність, зниження або, навпаки, підвищення апетиту.

На 7-8 тижні вагітності жінка зауважує, що білизна стала тісніше прилягати до талії, зміни фігури стають візуально помітними. Відображенням гормональних трансформацій є посилення пігментації сосків, збільшення молочних залоз, іноді поява молозива.

На фоні таких метаморфоз, головним завданням майбутньої мами є **усвідомлення вагітності** — рефлексивне сприйняття свого нового образу й виділення у своєму суб'єктивному світі місця для дитини. Цей процес іноді супроводжується формуванням внутрішньоособистісного конфлікту, коли народження дитини залишається все таким же бажаним,

але паралельно виникає певна тривога. Найчастіше жінки бояться втратити сексапільність, зокрема, поширені естетичні страхи: побоювання непривабливих змін обличчя й фігури, сумніви в тому, чи повернеться згодом колишня фізична форма. Як наслідок, може виникнути схизматичне сприйняття вагітності, коли дитина й вагітність існують ніби окремо. Визнати небажання мати дитину завжди дуже важко з огляду на соціальні установки, захисні механізми не дозволяють навіть допускати у свідомість таку думку. Але негативно ставитися до свого тіла можна, адже й без вагітності люди часто незадоволені ним. Нудота, безсоння, відсутність апетиту — можуть бути прямим наслідком таких змішаних почуттів.

На 9-10 тижні вагітності особливо різко можуть проявлятися зміна смаку, гіперосмія, печія. Можливі запаморочення й непритомність, виділення із піхви. Нестійкість настрою нагадує передменструальні афективні зміни.

Процес гармонізації життєдіяльності двох організмів може супроводжуватись появою у вагітної жінки гіперсалівації, ранкової нудоти (*misnomer*). Психологічний зміст нудоти у багатьох випадках пояснюється несвідомим бажанням позбутися ембріону, відразу до «чужого в лоні». За таких умов досягнення гармонії у ставленні до вагітності можливе тільки через цілісне прийняття жінкою своєї тілесності з подальшою послідовною ідентифікацією та наступним відділенням дитини від материнського організму.

Після 11-го тижня вагітності відзначається помітне зниження статевого потягу. Сечовипускання стає не таким частим. Оскільки стінки кровоносних судин стають більш проникними та крихкими, можливі носові кровотечі, іноді спостерігається кровоточивість ясен.

До 12-го тижня у вагітної жінки стає помітним нагрубання молочних залоз, дотик до яких може бути неприємним і навіть болісним. Пігментація ареол сосків посилюється. Матка стає твердою, набуває розмірів крупного апельсина. На шкірі живота можуть з'явитись розтяжки вагітних (*gravidarum*).

У цей час майбутня мама може відчувати тривогу через різку трансформацію звичних стереотипів соціальної поведінки, відірваність від активного життя та очікування неминучих змін, які відбудуться в сім'ї після народження малюка. На цьому тлі, прагнучи досягнути ідеалу дбайливої матері, вона може поринути у сумніви щодо власної здатності належно виконувати материнські обов'язки. Свою роль може зіграти й негативний чужий досвід, наприклад, якщо більш досвідчена подруга описує у деталях «жахи» своїх пологів і вельми клопітке життя молодой мамі.

Частково нівелювати ці стресові впливи допомагають культурні традиції, адже природно, що більшості жінок, які очікують на народження дитини, подобається їх привілейований стан, особлива аура ставлення до вагітності в суспільстві. У багатьох народів заведено наділяти майбутніх мам особливою одухотвореністю, ототожнювати із чистотою душі виношеної ними в утробі дитини. Існують звичаї дарувати подарунки вагітним, допомагати їм, аби мати в нагороду за це сприятливий перебіг

власного життя. І, навпаки, тяжким гріхом вважається нанесена образа чи шкода щодо жінки, яка перебуває на шляху до материнства.

Але таке ставлення не тільки допомагає жінкам легше сприймати можливі негативні наслідки свого нового статусу, але, іноді навпаки, формує у них завищені вимоги до оточуючих, робить їх надто вразливими, чутливими до неуваги або критики. Такі підсвідомі тенденції до інфантилізації, бажання бути предметом посиленої уваги з боку оточуючих вступають у конфлікт із усвідомленою необхідністю дорослішати, готувати себе до материнства. У підсумку, так само як напочатку майбутня мама коливалася між радістю і страхом, пізніше в ній починають боротися дві тенденції: до інфантильності й стрімкого дорослішання. Ця амбівалентність може лежати в основі стрімких змін настрою, які не зрозумілі для оточення.

3.1.2. Пренейт у першому триместрі вагітності

У цьому триместрі в пренейта формуються практично всі внутрішні органи.

Протягом 1-го тижня, отримуючи харчування із жовткового мішка й безперервно поділючись в наростаючому темпі, запліднена яйцеклітина проходить маткову трубу й потрапляє до матки. Протягом цього часу зигота перетворюється спочатку на морулу (лат. *morus* — ягода шовковиці), а до середини шостої доби — на бластоцисту, що складається із клітин, готових до імплантації у слизову оболонку матки.

На 4-му тижні (2-му тижні після запліднення) відбувається імплантація, після чого починається розвиток плодових оболонок, пуповини й плаценти, що забезпечують внутрішньоутробну життєдіяльність. Якщо закріплення відбувається занадто низько чи недостатньо міцно, може виникати загроза викидня. У цей час тести на вагітність іще можуть показувати негативний результат.

На 5-му тижні в пренейта розвиваються три зародкових листки. Із зовнішнього листка утворюються покривна тканина, волосся, нігті, зуби, епітелій вух, очей, носа, а також нервова система. Із середнього листка розвиваються хрящі, кістки, хребет, скелетні м'язи, внутрішні органи, судини, кров, лімфа, статеві залози; із внутрішнього листка — трубки, що знаходиться всередині ембріону, кишечник, епітелій дихальної системи, органів травлення, печінки, підшлункової залози.

На 6-му тижні пупковий канатик стає достатньо довгим аби пренейт міг вільно плавати у навколоплідних водах амніону (плодового міхура), отримуючи харчування із кровоносних судин стінки матки. Починає формуватись хоріон. Із двох кровоносних судин формується пульсуюча серцева трубка, що є прообразом серця. Утворюються прообрази основних внутрішніх органів і систем організму. При ультразвуковому обстеженні можна визначити куприково-тім'яний розмір (КТР), що становить 4-7 мм, і розрахувати вагу, що сягає близько 3 г.

На 7-му тижні утворюється хоріон — майбутня плацента, що виконує дихальну, трофічну, видільну, ендокринну та захисну (імунну) функції.

Кровотворення відбувається у стінці жовткового мішка. З'являються перші клітини наднирників і щитовидної залози. Починається формування хребта і двох півкуль головного мозку.

На 8-му тижні в пренейта вже працює серце, поступово розділяючись перегородками на три камери, можна навіть зняти електрокардіограму. Вже можна розрізнити стравохід, шлунок, кишечник, підшлункову залозу, а також хребці. Починає працювати печінка, що функціонує як кровотворний орган. Голова пренейта сильно нахилена вперед, починає працювати вестибулярний апарат. З'являються обриси обличчя: рот і ніс є поки що одним отвором. На місці майбутніх очей з'являються широко розставлені опуклості, на місці вух виникають два поглиблення.

На 9-му тижні на обличчі пренейта з'являються невеликі повіки, що не прикривають око, відбувається закладка слізних залоз. Починають проглядатись губи, маленькі вушні раковини й рот. Руки та ноги ворушаться. Розвивається тактильна чутливість в ділянці рота. КТР становить 2-2,5 см.

До початку 10-го тижня триває бурхливий розвиток органів і систем на тлі несформованості плаценти, тому пренейт залишається дуже чутливим до шкідливих впливів. Його голова швидко починає рости і ніби дещо підводиться. У головному мозку стають помітними усі основні відділи, кора великих півкуль генерує біоелектричну активність, а кількість звивин стає майже такою як у новонародженого.

У цей час починають розвиватися голосові зв'язки. Відзначається ритмічне серцебиття, а великі кровоносні судини постійно діляться на більш дрібні, проникаючи в усі ділянки тіла. Формуються м'язи, кістки, швидко збільшуються руки і ноги, що на цьому етапі мають однакову довжину. На їх дистальних відділах з'являються потовщення, із яких починають формуватися кисті і стопи із помітними ущільненнями — майбутніми пальцями. Руки уже можуть згинатися в ліктях, а ноги в колінах і пренейт приймає характерну позу ембріона: голова нахилена, руки притиснуті до тіла, ноги зігнуті в колінах і підтягнуті до живота. Уже наявна здатність реагувати на дотик до будь-якої частини тіла. КТР пренейта становить приблизно 3,3 см, а важить він близько 10 г.

11-й тиждень. Голова у пренейта удвічі більша за тіло, але вже не так сильно нахилена. Чітко можна розрізнити риси обличчя, розміри чола й рота стають меншими. На язиці формуються смакові сосочки, подовжується і стає звивистим кишечник. Відбувається поділ клоаки на два вихідних отвори: з кишківника та сечовидільної системи.

На 12-му тижні на обличчі пренейта формуються губи й він набуває здатності відкривати рот і ковтати навколоплідну рідину, котру потім можна виявити в його кишківнику. На пальцях рук і ніг виростають нігті. В цей час активно формуються провідні шляхи центральної нервової системи, помітно збільшується рухова активність, виникає хапальний рефлекс.

Починаючи із 12-го акушерського тижня пренейт (ненароджену дитину) можна називати плодом. У цей час починає утворюватися плацента,

хоча її остаточне морфофункціональне формування завершується орієнтовно в проміжку між 18 та 20 тижнем вагітності. Початок формування плаценти і перетворення ембріону (пренейта) на плід знаменує собою початок другого триместру вагітності.

У загальному перебігу перинатального онтогенезу виділяють певні критичні періоди, під час яких пренейт стає особливо сприйнятливим до впливу патогенних факторів. У цей час соматичні та нервово-психічні розлади у організмі майбутньої матері можуть стати причиною тяжких наслідків для процесу реалізації його генетичного потенціалу.

До критичних періодів першого триместру вагітності відносять:

- перші 5-6 днів після зачаття, коли запліднена яйцеклітина має пройти маткову трубу й закріпитися у матці; невдалий перебіг кожного із цих етапів загрожує перериванням вагітності (викиднем);
- період з 4-го по 6-й тиждень вагітності, під час якого встановлюються симбіотичні відносини жінки й пренейта, узгоджується баланс між фізіологією зрілого організму дорослої жінки та динамічно зростаючим незрілим організмом пренейта.

3.2. Другий триместр вагітності

Другий триместр відповідає періоду з 13 по 27 тиждів вагітності включно та характеризується урівноваженням і стабілізацією емоційного фону жінки. Це відбувається завдяки адаптації до нового способу життя та перебудові самосвідомості, в яку поступово інтегрується образ дитини. Головним психологічним змістом цього періоду є «спільне буття» матері та плоду, котре починається з моменту відчуття жінкою його рухів. Якщо на початку дитина була надією, то завдяки проявам своєї присутності вона стає упевненістю, але ще не реальністю.

3.2.1. Жінка в другому триместрі вагітності

На початку другого триместру вагітності стрімке збільшення матки може викликати у жінки болі в спині, відчуття поколювання й дискомфорту в ділянці малого тазу та бічній частині живота. Уже на 15-у тиждень вагітності матка збільшується настільки, що може пальпуватися у черевній порожнині над лоном. Через падіння рівня гемоглобіну крові можуть виникати млявість і стомлюваність, труднощі із концентрацією уваги, неухильність та забудькуватість.

Якщо перебіг вагітності неускладнений, то поступово збудливість кори великих півкуль і підкіркових центрів головного мозку вирівнюються і емоційний фон жінки стабілізується. Її перестає турбувати нудота, апетит може знижуватися або, навпаки, підвищуватися. Досить поширеними на цьому етапі є скарги на підвищену пітливість і закладеність носа.

Фігура майбутньої мами в цей час стає все більш округлою, а це потребує оновлення гардеробу. Збільшення обсягу роботи серця може створювати відчуття прискореного серцебиття, що є фізіологічним.

Не зважаючи на швидке збільшення матки, плід росте швидше й на певному етапі материнське лоно стає замалим для нього, створює обмеження рухам. Деякі жінки, маючи досвід минулих гестацій, здатні уже на 15-16-у тижні вагітності вперше відчутти ворухіння плоду, вирізнивши його серед інших процесів у животі. Це дуже важливо для почуття «спорідненості» з власною дитиною у майбутньої мами. Так починається *комунікативний період вагітності* — коли мама відчуває рухи дитини і відповідає їй, спочатку за допомогою гуморальної регуляції (негативно або позитивно), а потім досліджуючи тіло дитини у власній утробі шляхом дотиків і погладжувань.

Комунікативні механізми мають не тільки біохімічну природу, але й багато в чому залежать від суто психологічної налаштованості. Одна майбутня мама, відчуваючи надмірні рухи у власному лоні, інтерпретує їх словами «хуліганить», «бешкетує» і надягає бандаж, а інша трактує сильні поштовхи як «йому не вистачає повітря, він хоче погуляти» — і йде на свіже повітря.

Брак комунікації на цьому етапі спричиняє травматичний вплив на *пренейта* (ще не народжену дитину), залишаючи його «непочутим» у своїх потребах. Тому надзвичайно важливо в рамках просвітницької роботи з вагітними жінками пояснювати їм, що у дитини на цьому етапі розвитку уже добре розвинені слух і тактильна чутливість, і з цим необхідно рахуватися. Ні в якому разі не потрібно перевантажувати сенсорні канали пренейта, однак їх обов'язково стимулюють подразниками помірної сили: розмовами, погладжуваннями через черевну стінку.

Складність відносин матері й плода вдалося проілюструвати за допомогою дивовижного фільму «The Saga of Life» шведського дослідника Lennart Nilsson (1982). Кадри цього фільму розповідають, яким «насиченим» є життя п'ятимісячного плода в утробі: він робить судомні рухи, коли мама хвилюється, смочке



Полотно невідомого автора

палець і реагує гримасою невдоволення, коли їй уводять медикаменти або вона їсть несмачну їжу, і навпаки, реагує мімікою задоволення, якщо мама їсть смачні страви.

На 20-у тижні вагітності на животі в жінки може з'явитися темна пігментація шкіри у вигляді вертикальної лінії, що зникне приблизно через рік після пологів.

У цей час навіть уперше вагітні жінки, а також ті, хто мають знижену чутливість через локалізацію плаценти на передній стінці матки або велику товщину підшкірної жирової клітковини, уже відчують і диференціюють ворухіння пренейта. Відчуття перших порухів плоду має величезне значення для всіх майбутніх матерів. І ті, хто раніше не наважувались виявляти свою радість, тепер віддаються їй цілком, бо нарешті твердо впевнені у своєму материнстві.

Але іноді ці відчуття викликають у жінки амбівалентні емоції. З одного боку, це радість від підтвердженого факту, що в лоні знаходить власна жива дитина. З іншого боку, особливо на фоні соматичних ускладнень (запаморочення, серцебиття, набряків кінцівок, печії, закрепів, тахіурії та ін.), може з'явитися перинатальна дисморфофобія, тривога, регресивні фантазії, в яких пренейт постає деструктивним і небезпечним створінням всередині власного тіла. Підсилюються побоювання того, що гінекологічний огляд або сексуальна активність можуть зашкодити дитині. Спроби раціонально пояснювати абсурдність таких побоювань переважно не досягають успіху.

Сприяти прийняттю пренейта матір'ю можуть психоосвітні заняття, на яких жінок навчають елементарним прийомам гаптономії, що дозволяють отримати зворотній зв'язок.

Гаптономія (грецьк. hapsis — дотик) — навички емоційного й тактильного спілкування батьків із дитиною до пологів та одразу після них.

На 22-у тижні вагітності починає активніше працювати щитовидна залоза жінки, посилюється гіпергідроз, іноді турбують серцебиття, задишка, печія. Живіт стає настільки великим, що пупок починає випинатися. Навантаження на нирки збільшується, вони починають затримувати рідину в організмі, різко зростає маса тіла. У цей час доцільно обмежувати споживання солі, аби уникнути набряків і надмірного зростання ваги тіла.

На 25-у тижні може з'явитися відчуття нерегулярних безболісних напружень матки — *контракцій Брекстона-Гікса*. Провокувати їх можуть стрес, оргазм, різкі рухи, дефекація, сечовипускання. Деякі жінки продовжують відчувати їх протягом усієї вагітності. Такі безболісні напруження не є ознакою загрози невиношування вагітності, якщо тільки вони не супроводжуються тягнучими больовими відчуттями внизу живота, що свідчать про початок розкриття шийки матки.

На 27-у тижні верхня частина матки сягає пупка, її розміри уже настільки збільшені, що це може ускладнювати дихання. Багато жінок чітко розрізняють: ніжною чи ручкою штовхає їх пренейт. Серед найпоширеніших скарг тахіурія малими порціями й судоми в литкових м'язах.

3.2.2. Пренейт у другому триместрі вагітності

Цей період можна визначити як етап випробувань для новосформованих органів та систем плоду. Відбувається активний розвиток головного мозку, формується ендокринна система.

На 13-му тижні пренейт уже може повертати голову, у нього добре розвинутий язик, він здійснює рухи ногами та руками, стискає кулачки, однак материнський організм цих рухів ще не відчуває. Виникає смоктальний рефлекс. Уже стають помітними обриси зовнішніх статевих органів плоду, однак визначити достеменно стать за їх виглядом на цьому етапі ще неможливо. Відбувається формування сім'яників чи яєчників.

До 14-го тижня очі пренейта ще більше зближуються й уже не здаються надто великими. Остаточно формуються повіки, котрі до самого народження залишатимуться зімкнутими. У пренейта уже добре розвинута шкірна чутливість, на кінчиках пальців помітний індивідуальний дерматогліфічний малюнок. Триває розвиток внутрішніх органів. Частота серцевих скорочень сягає 130-150 на хвилину. Печінка продовжує виконувати функцію кровотворення, продукуючи еритроцити із зародковими формами гемоглобіну, а потім і лейкоцити. Довжина пренейта сягає 8,5 сантиметрів, а важить він близько 25 грам.

На 15-му тижні вагітності в пренейта формується хватальний рефлекс. Уже розвинуті основні органи, відповідальні за сприйняття різноманітних відчуттів та їх представництво у головному мозку. Спочатку з'являються смакові відчуття, пізніше — нюх, слух, відчуття рівноваги. В останню чергу виникають зорові відчуття. Удосконалення та спеціалізація сенсорних систем триває не тільки до пологів, але й після. Діаметр черевної порожнини збільшується за рахунок росту внутрішніх органів і стає аналогічним середньому розміру голівки. Відзначаються добре виражені рухові реакції на зміни емоційного стану мами. Сформовані майже всі кістки. Довжина пренейта сягає близько 10 см, а вага майже 50 г.

Протягом 16-го тижня ноги пренейта стають довшими за руки. Йде бурхливий розвиток кори головного мозку, закінчується диференціація зовнішніх статевих органів, що дозволяє уже чітко визначати стать. Руки рук стають координованими й деколи вдається спостерігати, як дитя в утробі мами смокче власний пальчик.

На 17-му тижні здійснюються перші дихальні рухи грудної клітини. Шлунок, кишечник, жовчний міхур уже самостійно працюють, печінка починає функціонувати як орган травлення, передавши основні кровотворні функції червоному кістковому мозку. Пренейт починає ковтати навколоплідні води й формується первородний кал (меконій). Нирки також працюють і сеча, як і меконій, виділяється в навколоплідні води. Проте основним органом виділення залишається добре сформована до цього часу плацента.

На 18-му тижні пренейт реагує на звукові подразники. Його активні рухи у вигляді м'яких дотиків або булькання можуть відчувати не тільки досвідчені, але й уперше вагітні жінки. Плід сягає довжини 15-17 см і важить близько 120 г.

Розвиток пренейта на 19-му тижні характеризується появою здатності не тільки чути, але й диференціювати звуки. Він широко відкриває рот, імітуючи позіхання. Частота серцевих скорочень сягає 160 ударів на хвилину. Печінка продукує жовч і меконій набуває зеленкуватого кольору.

До завершення 20-го тижня в пренейта з'являється міміка. Не тільки на голові, але й на тілі проростає пушкове волосся (лануго). Починають працювати сальні залози, що виробляють особливу первородну змазку, яка захищає від механічних ушкоджень, ризик яких зростає через інтенсифікацію рухової активності.

На 21-22-му тижні формуються зачатки постійних зубів, частота серцевих скорочень складає 130-140 ударів на хвилину і добре прослуховується стетоскопом. При зрості 25 см пренейт важить близько 400 г.

23-й тиждень: стають помітними вії та брови. Мама чітко відрізняє рухи пренейта від перистальтики кишечника. Він дуже рухливий і при різних звуках здригається, але якщо звуки повторюються тривалий час, звикає до них. Повторні поєднання дзвінка із різким звуком через деякий час викликають рухову реакцію навіть на дзвінок, що свідчить про здатність до вироблення умовних рефлексів.

24-25-й тижні: активність пренейта зростає вдень і зменшується вночі. Він спить по 1,5-2 години поспіль, тому відсутність рухів у цей час є нормальним явищем. Вага сягає приблизно 540 г.

26-27-й тиждень: поява в легенях сурфактанту дозволяє малюку, у випадку передчасного народження, зробити перший подих і закричати, але щоб вижити поза організмом матері, йому потрібен спеціальний догляд. Розвиток слухового апарату дозволяє диференціювати звуки й по-різному реагувати на голоси, інтонації. Довжина тіла складає близько 30 см, а вага становить 600-700 г.

3.3. Третій триместр вагітності

Третій, останній триместр вагітності, основним своїм змістом має дозрівання організму пренейта для самостійної життєдіяльності та накопичення сил материнським організмом для пологів. Плід стає єдиним осередком помислів, інтересів і занять майбутньої матері.

3.3.1. Жінка у третьому триместрі вагітності

На цьому етапі очікування пологів материнський організм переживає бурхливі нейрофізіологічні зміни, зокрема, підвищується збудливість кори великих півкуль головного мозку. Проявами цього можуть бути дратівливість, знижена толерантність до фрустрації, а також так званий симптом нетерплячки — скарги на втому від вагітності, прагнення до її якнайшвидшого закінчення. Це відбувається на тлі виражених коливань емоцій від радісного передчуття майбутнього материнства, до тривожно-депресивних сумнівів щодо здатності успішно подолати труднощі пологів. У цей

час жінки часто бачать сни, які добре запам'ятовують. Іноді ці сновидіння носять загрозливий характер, мають ознаки кошмарів. Такий стан зберігається до 38-39-го тижня, після чого збудливість кори знову знижується.

28-30-й тижні — у цей час можуть загострюватись різноманітні тривожні очікування наслідків народження дитини: від матеріальних і побутових складнощів до кризи сімейних стосунків, краху професійної кар'єри та власної безпорадності в ролі матері. Одним із частих проявів є «симптом гніздування» — бажання створити затишне й безпечне місце для себе та дитини, відремонтувати житло, змінити помешкання на більш просторе. Іноді ця тенденція проявляється і раніше третього триместру, але найчастіше посилюється на 30-му тижні вагітності.

30-32-й тижні: із молочних залоз жінки може почати виділятися молоко, іноді посилюються контракції Брекстона-Гікса та закладеність носа. Актуалізуються переживання щодо власної сексуальної непривабливості, іноді виникають ідеї дисморфоманічного змісту.

33-36-й тижні: пренейт спускається нижче, що призводить до зміщення центру ваги тіла й появи відчуття тяжіння назад. Іноді це супроводжується болями в спині. По мірі того як плід стає важчим, а можливості для руху зменшуються, посилюється втома й разом із нею страх очікування болю, безпорадності, смерті та пологових ускладнень. Можуть виникнути або загостритися думки про те, щоб прискорити пологи або взагалі уникнути їх, хоча, з іншого боку, жінка мріє про благополучне завершення вагітності та щастя материнства.

Одним із патологічних поведінкових феноменів цього етапу вагітності є *синдром грубого поводження з плодом* — раптові прояви агресії, у тому числі прямий фізичний вплив: удари по передній черевній стінці. Така поведінка, як правило, не пов'язана напряму із навмисною провокацією аборту й може відзначатися в жінок із бажаною вагітністю.

37-38-й тижні: по завершенні 38-го тижня вагітність вважається доношеною. Поступово гестаційна домінанта набуває все більш панівного становища й думки жінки концентруються на турботі про дитину, яку вона виношує. Іноді це супроводжується заглибленням у власні переживання та втратою емоційного зв'язку навіть із найближчими людьми. У пам'яті можуть актуалізуватися не вирішені конфлікти минулого, старі образи, формуються завищені вимоги по відношенню до чоловіка та інших близьких людей. Якщо жінка в такі моменти не отримує бажаного емоційного відгуку від найближчого оточення, то в неї поступово наростає тривога за майбутнє. У такому випадку відносини з чоловіком стають холодними, конфліктними, а очікування пологів супроводжується психогенно обумовленою тривожно-фобічною симптоматикою із численними вегетативними проявами.

39-й тиждень: у нижній частині живота відчувається тиск головки пренейта, котра опускається у порожнину таза. Знижується збудливість кори головного мозку й підвищується збудливість підкіркових утворень, що

схоже на ситуацію першого триместру. Збільшується потреба у сні та відпочинку, майбутні мами стають настільки емоційно та інтелектуально байдужими до всього, що через силу примушують себе цікавитися подіями. Їх увага розсіюється, пам'ять слабне.

На 40-му тижні відбувається інтенсивна підготовка організму жінки до пологів. Виникає фізіологічно обумовлена тахіурія, іноді з хибними позивами, збільшується кількість слизових виділень. Страхі можуть знову посилюватись, зокрема, багатьох лякає зниження рухової активності дитини. Відсутність впевненості щодо майбутнього є однією із причин надмірного, часто амбівалентного, страху перед пологами. Переживання з цього приводу, як правило, помітно домінують над усіма іншими, особливо, якщо вагітність виявляється небажаною або незапланованою. Іноді останній тиждень суб'єктивно видається довшим, ніж попередні 9 місяців, але в цьому є своя перевага, адже таким чином іноді вдається нівелювати наяний страх пологів.

3.3.2. Пренейт у третьому триместрі вагітності

28-29-й тижні: пренейт дуже активний, його органи чуття працюють дедалі інтенсивніше. Протягом дня він чує більше ста різних звуків, але крізь навколоплідні води краще сприймає низькі тони. Його очі здатні розрізняти світло й темряву, реагувати на яскраве помаранчеве світло, спрямоване на оголений материнський живіт. Він добре відчуває дотики через черевну стінку, може відповідати на них. На цьому етапі пренейту уже можуть снитися сні.

30-33-й тижні: дитячий організм за добу споживає до літра навколоплідної рідини, в якій плаває, а потім виділяє її у вигляді сечі. Активно працює периферична й центральна нервова системи, що є репетицією інтенсивної роботи, яку їм доведеться виконати після пологів.

34-37-й тижні: пренейт опускається нижче, у випадку класичного перебігу повертається головою донизу й через передню стінку материнського живота можна пальпаторно відчутти його ніжку або сідниці.

На кінець 38-го тижня пренейт добре розвинений і вже готовий до народження. Запис електричних імпульсів його мозку на останніх місяцях внутрішньоутробного життя показує зміну ритмів, характерну для стану сну: дві фази сну змінюють одна іншу.

На 39-му тижні головка пренейта опускається до порожнини таза.

На 40-му тижні усі функціональні системи пренейта готові до пологів і позаутробного існування.

Критичним для розвитку пренейта вважається період з 20-го по 24-й тижні вагітності, коли відбувається становлення основних систем дитячого організму, які до кінця 24-го тижня набувають властивостей, притаманних аналогічним органам і системам немовляти.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ

До перинатальних втрат зараховують усі випадки позаматкової вагітності, невиношування, антенатальну та інтранатальну загибель плоду, 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 і значимістю є проблема передчасного переривання вагітності.

Аборт (від лат. abortus — викидень) — переривання вагітності, що сталося раніше 22 повних тижнів гестаційного періоду, тобто протягом 20 тижнів після запліднення. При невідомій тривалості гестації абортom вважається втрата ембріону або плоду вагою до 400 грамів.

Переривання вагітності живим або мертвим плодом між 22 і 37-им повними тижнями гестаційного періоду кваліфікується як **передчасні пологи**, оскільки відомі випадки виживання таких дітей.

Спонтанним абортom закінчуються 15-20% клінічно встановлених випадків вагітності. Згідно з іншими даними, близько 75% жінок хоча б раз у житті пережили ранній викидень. Занижені показники офіційної статистики обумовлені тим, що в більшості випадків запліднена яйцеклітина виявляється не здатною повноцінно імплантуватися до стінки матки й елімінується під час менструації або навіть до її настання, коли гестацію ще не діагностовано. Все це відбувається настільки стрімко, що жінка часто навіть не усвідомлює факту настання вагітності, помилково сприймаючи клініку викидня за рясні місячні.

У таких випадках говорять про **біохімічну вагітність** — зачаття, що може бути визначене тільки за результатами біохімічних аналізів сироватки крові або сечі. Викидень на цій стадії класифікується як **преклінічний спонтанний аборт**.

Згідно з офіційною статистикою, два й більше мимовільних переривань вагітності поспіль спостерігаються у близько 5% подружніх пар. Кожен наступний випадок збільшує вірогідність повторного спонтанного аборту на 15%. На щастя, завдяки розвитку репродуктивних технологій нині вдалося значно скоротити поширеність цього надзвичайно психотравмуючого явища й навіть після двох послідовних викиднів переважна більшість жінок успішно виношують і народжують дітей. Проте, навіть зараз, приблизно в 1% жінок фертильного віку не зважаючи на здійснюва-

ну терапію все ще спостерігається так зване **звичне невиношування (звичні аборти)** — три й більше послідовних випадки спонтанного переривання вагітності.

Втрата навіть ненародженої дитини ніяк не може минути безслідно, адже призводить до руйнування частини особистості жінки, пов'язаної із материнством. Для кожної потенційної матері, не залежно від її віку та виховання, така подія є психотравмою, що зачіпає цілий пласт як інстинктивних процесів, так і моральних аспектів психічної діяльності. Але індивідуальна картина психологічних наслідків перинатальної втрати суттєво залежить від причин, які власне її й викликали. Серед них виділяють три головні:

1. Наявність рішення жінки про суб'єктивно обумовлене небажання народжувати дитину.
2. Медичні показання щодо аномалій плоду або неможливості виносити й народити дитину.
3. Спонтанний викидень як наслідок патологічних процесів.

Якщо спонтанні аборти і втрата дитини через передчасні пологи є тяжкою психологічною травмою для жінки, то медичні аборти, окрім того, належать до числа найстаріших, але досі жваво обговорюваних етичних проблем медицини.

4.1. Етичні аспекти медичних абортів

Ще у V сторіччі до нашої ери Гіпократ декларував позицію про етичну неприйнятність участі лікаря в штучному аборті: «...я не надам жодній жінці абортивного песарія...». Але уже тоді ця позиція йшла врозріз із думкою моралістів стародавньої Греції, погляди яких узагальнював Арістотель: «...якщо в подружньої пари має народитися дитина окрім передбачених, то слід вдатися до переривання вагітності, перш ніж у зародка з'явитися чутливість і життя...».

У римському праві спочатку трактували ембріон як частину тіла матері (*pars viscerum*), тому жінок ніяк не карали за аборти. Але пізніше було введено поняття *nasciturus* — «той, хто має народитися», що вже означало наділення деякими цивільними правами.

Починаючи із II сторіччя нашої ери християнство поширює заповідь «не убий» на плід в утробі матері, тим самим остаточно утверджуючи те, що ембріон має цінність сам по собі. Під впливом християнської моралі аборт був поставлений поза законом і як рутинна медична операція практично зник із лікарської діяльності.

Поворотним став 1852 рік, коли в Паризькій медичній академії прийшли до висновку щодо етичної виправданості штучного переривання вагітності у випадках анатомічного звуження тазу вагітних жінок. А вже у першій половині XIX сторіччя входить в обіг поняття «соціальне покавання», яке на початку включало лише згвалтування і злиденність, але

пізніше було поступово розширене за рахунок несприятливого сімейного стану, бажаної кількості дітей та ін.

У XX сторіччі суттєвих трансформацій зазнала структура мотивів, якими керуються жінки, приймаючи рішення про переривання вагітності. Колись провідні фактори психоемоційного характеру («сором за гріх», «страх ганьби») нині домінують лише в країнах зі стійкою релігійною культурою. На перший план у сучасному суспільстві вийшли соціально-побутові та меркантильні міркування.

Чисельні дискусії «за» і «проти» абортів відбуваються майже в усіх країнах світу. Суть конфлікту між «правом плоду на життя» і «правом жінки на аборт» відображається в трьох моральних позиціях:

- *консервативна* — аборти завжди аморальні й можуть бути дозволеними лише в разі загрози життю жінки;

- *ліберальна* — жінка має абсолютне право на аборт безвідносно до ступеня зрілості плоду, оскільки це банальна медична операція, щодо яких рішення приймають лікар і пацієнтка;

- *помірна (градуалістична)* — виправдання абортів лише до настання певного етапу розвитку ембріону (наприклад, до 12 тижнів, поки тканина мозку не стане електрично активною).

Ліберальна концепція виправдання абортів базується на двох принципах. Перший — це право жінки розпоряджатися своїм тілом. Другий — заперечення особистісного статусу плоду, адже якщо мораль регулює відносини між людьми, то необхідна формальна наявність двох суб'єктів цих стосунків.

Відомо, що ліберальна свідомість ґрунтується на матеріалістичній антропології, згідно з якою людина, за висловом F.W. Nietzsche — це «матерія, що здатна себе усвідомлювати». Прихильники абортів стверджують, що людський зародок являє собою лише «згусток тканин». Якщо плід — це не людина, то аборт, відповідно, не є проблемою моралі. З цієї точки зору, принцип «права жінки на аборт» перетворюється на «право тіла на саме себе». Саме цей принцип став базовим в арсеналі ліберальної ідеології.

У питанні оцінки ембріону як особистості виділяють функціональний і субстанціоналістський підходи.

Функціональний підхід — цінність особистості вимірюється тим, що вона може, тобто, здатністю здійснювати свої дії на основі усвідомленої свободи, волі, моральності.

Субстанціоналістський підхід — особистість бере свій початок від моменту запліднення й може бути такою навіть за відсутності діяльності, адже людяність не набувається, а виникає за фактом виникнення власне людського життя.

Але скільки б ми не говорили про теоретичні аспекти цього явища, насправді зовсім не важливо, чи був плід позбавлений душі та чи був він лише біологічною тканиною на момент загибелі. Неможливо запереч-

чувати фізичну смерть живої істоти, що відбувається внаслідок аборту і це завжди є трагічною подією. Тому функціоналізм аморальний по своїй суті, адже призводить до приниження людської гідності й культивує елітарний підхід, дискримінуючи в правах менш досконалих представників. Більшість демократичних держав дотримуються субстанціоналістських принципів, хоча питання про можливість здійснення медичного аборту на сьогодні вирішується досить варіабельно, залежно від традицій і релігійних поглядів.

4.2. Причини й передумови медичних абортів

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

Існує небезпечна ілюзія щодо того, начебто аборт — універсальний засіб швидкого вирішення проблеми «небажаної вагітності», завдяки якому можна повернути назад той час, коли зачаття іще не відбулося. Це інфантильне уявлення про проблему й насправді непланова та небажана вагітність ставить жінку в ситуацію, із якої немає виходу, що передбачав би швидке й безболісне вирішення усіх існуючих проблем. Тому потрібно чітко й 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 справлятися із труднощами. Первинне бажання стати матір'ю не завжди базується на чіткому розумінні проблем, із якими доведеться зіткнутися в процесі виношування та пологів. Перші ж психофізіологічні трансформації на ранніх етапах вагітності викликають у таких жінок депресивні й тривожно-депресивні реакції, для яких характерними є: дискомфорт, страх, тривога, песимізм, апатія, пригніченість, відчуття безпорадності.

Під впливом цієї симптоматики виникає свого роду «тимчасова зашореність свідомості», яка не дозволяє спокійно та зважено проаналізувати ситуацію. Мислення й поведінка стають ірраціональними, сторонні спостерігачі описують це як поведінку «загнаного та зацькованого звіра», який не знаходить виходу в обставинах, 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 й відповідально. На жаль, гінекологи часто ідуть шляхом найменшого спротиву й 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 та його наслідки для здоров'я загалом і 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 фактором і грамотному спеціалістові іноді достатньо просто аргументовано відмовити жінку від швидкого необдуманого кроку.

Завжди потрібно пам'ятати, що думки про аборт можуть мати тимчасовий характер, адже вагітність розвивається протягом тривалого часу й супроводжується значними трансформаціями соматичного та психічного стану майбутньої матері. Досить поширеною є ситуація, коли жінка багато разів змінює думку й не може твердо визначитись щодо того, чи бажаною для неї є уже зачата дитина. Але в сприятливих психологічних і побутових умовах страх та 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 плоду приймають тверде рішення народжувати дитину.

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

На практиці ж більшість жінок переривають вагітність за так званими «соціальними показаннями» і значна частина із них роблять це проти своєї волі, опинившись під 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 відчули психічні ускладнення після абортів, стверджують потім, що зважились на переривання вагітності під тиском оточуючих. Цілком очевидним є й те, що переважна їх більшість не зробили би цього, якби хоч хтось був готовий розділити із ними повноту відповідальності за долю дитини.

4.3. Психологічне переживання штучного переривання вагітності

Втрачаючи шанс на материнство, жінка ставить під загрозу свою особистісну гармонію, а платою за це може бути самотність або руйнування стосунків із найближчими людьми.

Загалом, поширеність гострих афективних реакцій одразу після штучного аборту є меншою ніж у випадку спонтанного переривання вагітності. 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 плоду, на жінку ще очікують пологи уже неживою дитиною. Як правило, пологова діяльність у таких випадках перебігає слабко, із численними ускладненнями.

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

Ще частішим клінічним проявом є відчуття провини, що виникає в усіх причетних до прийняття рішення про медичний аборт за соціальними показаннями. Тяжкість цих переживань може бути настільки нестерпною, що жінка в пошуках власного виправдання намагається перекинути відповідальність на батька дитини або власних батьків, при цьому виникають сімейні конфлікти, які часто призводять до руйнування стосунків і розлучення. Відчуття провини може посилюватись на тлі безпліддя і викиднів як наслідку перенесених абортів. І навпаки, послабити його може народження наступних дітей.

Відсутність розуміння близьких людей значно ускладнює реабілітацію жінок, які пережили медичний аборт. Тема втрати вагітності, як правило, оминається ними у спілкуванні з огляду на болісність спогадів про це. Ще травматичніший вплив може спричиняти споглядання вагітних жінок чи ситуацій спілкування мам із новонародженими дітьми. Уникання усіх цих ситуацій робить жінку ще більш ізольованою, іноді ускладнюючи стосунки з друзями, знайомими та власною сім'єю.

Вагомо впливає досвід абортів на сімейні стосунки, особливо, якщо на прийняття рішення про доцільність переривання вагітності мав вплив потенційний батько. У результаті пережитого дружина втрачає повагу до чоловіка як людини, що здатна її зрозуміти, захистити й підтримати в складній ситуації. Часто це стає початком загального руйнування стосунків.

Якщо на аборт зважається досвідчена жінка, яка уже має дитину, то це часто підштовхує її до ролі «радіолокаційної мами», яка демонструє надмірну авторитарність і надокучливість, схильна до гіперопіки, пригнічує індивідуальні свободи дітей. Як наслідок такого стилю виховання вони виростають залежними, примхливими, інфантильними та малоініціативними. Але й після дорослішання «радіолокаційний» настрій мами (свекрухи або тещі) має 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 спектру емоційних реакцій або формування моделей поведінки, що зводять до мінімуму будь-які контакти, здатні тим чи іншим чином нагадати про обставини, пов'язані із психологічною травмою. Тенденції до емоційної ізоляції можуть виходити далеко за межі власне ситуації абортів стосуватись загалом відмови від сексуальних взаємин із чоловіками, спілкування із дітьми. Такі жінки мають не тільки труднощі із почуттями любові та ніжності, але й із комунікативними навичками загалом, що посилює їх самотність і залишає наодинці із 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, у першу чергу 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.

Статистичні дослідження свідчать про те, що близько 80% випадків переривання вагітності до заміжжя під тиском статевих партнерів закінчуються врешті розривом стосунків без укладання шлюбу. Більше того, 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 схилиються 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 виглядає радикальним рішенням, але насправді загалом не вирішує основну проблему.

4.4. Перинатальна втрата після спонтанного переривання вагітності

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

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 можна віднести звільнення з роботи, зміну соціального статусу, інвалідизацію, втрату 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'єкту, що є очевидним і зрозумілим для оточуючих.

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

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

Біологічний аспект полягає в різкому руйнуванні діадної системи нейрогуморальних процесів в 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 парі здобути статус батьків, що на рівні символізму асоціюється із більшою успішністю та вищим соціальним статусом. А жінка в стані вагітності ще й 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 та подолання смерті. Усі ці символічні перспективи й 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 так: коли помирають

батьки, людина втрачає своє минуле, а коли помирає дитя — втрачається майбутнє.

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

Горе — розтягнутий у часі процес суб'єктивного комплексного (психічного, соматичного, поведінкового, соціального) реагування на втрату значимого 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 із померлим, який таким чином перестає поставати у свідомості як фізичний об'єкт і поступово інтегрується до внутрішнього світу уявлень минулого.

Траур — це культурально обумовлена 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.

Відповідні моделі реагування можуть актуалізуватись не тільки у відповідь на переривання вагітності чи смерть близької людини, але й, наприклад, після ампутації частини тіла (руки, молочної залози), розриву родинних зв'язків (розлучення), звільнення з роботи, перебування далеко від рідного дому і т.п. Проте, батьківське горе перебігає особливо складно й довго, не завжди піддаючись тамуванню навіть із плином часу. Загалом горе буває тим сильнішим, чим сильнішою та афективно забарвленішою була прихильність до втраченого об'єкта.

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.

4.4.1. Стадійність горя перинатальної втрати

Реакція на перинатальну втрату є досить специфічним психічним процесом, 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 (Shear M.K. & Mulhare E., 2011).

Гостре горе — виникає одразу після факту події та 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 та спогади більше не поглинають всю увагу й не позбавляють працездатності.

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

1 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 імовірність подібних тяжких переживань у жінок на пізніх етапах вагітності, коли ця інформація сприймається на тлі ще свіжих вражень від спілкування з плодом. Іноді вони вперто відмовляються вірити у 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 короточасні емоційні сплески з агресивними тенденціями. Гнів спрямовується переважно 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 стадія. Туга, пошук і бажання повернути втрачене — період болісного домінування у свідомості думок про загиблу дитину, що триває в середньому від двох тижнів до трьох місяців. Типові переживання жінки в цей час відбуваються навколо почуття провини («не змогла зачати здорову дитину», «не змогла виносити»), самотності, відчаю, порожнечі й абсурдності існування. Пара, що пережила перинатальну втрату, стає конфліктною, їх усе дратує, злість і гнів спрямовуються на близьке оточення. Деякі люди в цей час активно звертаються до релігії. Інші, віруючі, навпаки, можуть відчувати протест і розчарування, у них з'являються думки антирелігійного змісту. Досить поширеною реакцією на переживання втрати у 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 й не народжувати після того, що сталося. Факторами дестабілізації психічного стану є речі та іграшки дітей раннього віку, коляски, що зустрічаються на вулиці, розмови із людьми, які не знають про трагедію або, навпаки, настійливо й недоречно висловлюють співчуття.

Подібні переживання супроводжуються безсонням, 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 дис-

комфорт у руках, неусвідомлено бере до рук і носить предмети, які схожі за вагою та розмірами на немовля. Після переривання вагітності у другому або третьому триместрах деякі жінки відчують фантомні ворухіння плода, переживають афектогенні обмани сприйняття: чують плач дитини, відчують її присутність у будинку.

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

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

4 стадія. Реорганізація (дозвіл) — поступове тамування симптоматики, що у випадку надання жінці своєчасної адекватної психологічної допомоги та сприятливої сімейної ситуації настає приблизно між вісімнадцятим і двадцять четвертим місяцем після пережитої втрати.

Жінка прощається із минулим, вчиться зберігати пам'ять про нього, але жити актуальним сьогоденням. Ознаками настання фінального етапу горювання є гармонізація соціального та емоційного контакту із навколишнім світом, повернення здатності адекватно оцінювати ситуацію, бачити перспективи й будувати реальні плани на найближче та 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 та апетиту, стабілізацією вегетативних реакцій.

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

Оскільки різноманітні варіанти перебігу реагування на перинатальну втрату значно різняться за інтенсивністю й тривалістю, то деякі фахівці критикують запропоновані спроби класифікації, вважаючи їх складною і, за великим рахунком, марною спробою. Цілком можливо й те, що чітких меж між стадіями переживання горя просто не існує, до того ж, досить частими є періодичні рецидиви хворобливого стану, коли гостре горе ак-

туалізується і пацієнт повертається на вже минулу, начебто успішно подолану стадію.

4.4.2. Індивідуальні особливості реагування на перинатальну втрату

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

Зокрема, ситуація втрати дитини є фактором ризику порушень функціонування як для сім'ї загалом, так і для окремих її складових. І хоча обидва батьки стикаються зі смертю своєї спільної дитини, але кожен із них переживає цю втрату долаючи свій індивідуальний шлях подолання горя.

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

Ризик виникнення віддалених емоційних реакцій збільшується при наявності низки несприятливих факторів, серед яких можна виділити особливе ставлення до вагітності, зокрема, якщо вона була довгоочікуваною, чи їй передували спонтанні аборти. Особливо тяжким виявляється перший рік після пережитого для літніх жінок, які скептично оцінюють свої шанси завагітніти знову.

У ситуації спонтанного абортів на ранньому терміні вагітності дуже психотравмуючим може виявитися поєднання гостроти, раптовості погіршення стану та неясності діагнозу. Деякі жінки, переконавшись, що вагітні, одразу сприймають пренеїта як сформовану дитину, уявляють його зовнішність, стать і, навіть, характер. Їм тяжко примирити у 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, від якої при потребі можна позбутися як, наприклад, від апендиксу. Вони переживають факт перинатальної втрати значно легше.

Глибоко помилковим є переконанням у тому, що стрес внаслідок перинатальної втрати переживають тільки жінки, оскільки вони виявляють більше емоцій і користуються більшим співчуттям оточуючих.

Добитись соціального визнання батьківського горя значно складніше порівняно зі ставленням до страждань жінок. Суспільство очікує від мужчини емоційної стриманості, активності й турботи про дружину, тому чоло-

віки схильні згладжувати гостроту переживань за допомогою механізмів раціоналізації або ж штучно поринаючись у відволікаючі види діяльності. Іноді це перетворює їх на вимушених «спостерігачів», позбавлених права емоційного занурення у ситуацію, яка є для них надзвичайно болісною. Спроби раціонального пригнічення природних емоцій у таких випадках можуть мати наслідком розвиток депресивних станів.

Намагання дотримуватись гендерних стереотипів призводить до того, що горюча пара майже ніколи не перебуває в одній і тій же фазі циклу, їх реакції не бувають абсолютно однаковими. Це може створити проблеми для відновлення статевих стосунків, як провідного компоненту сімейної гармонії. Коли один із партнерів починає шукати близькості, інший може залишатись асексуальним через зниження лібідо або ж розглядати статеві контакти як неприпустимі у період скорботи за померлою дитиною. Така неконгруентність є поширеним явищем.

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

А ось у релігійних людей описані вище переживання протікають, як правило, значно легше, оскільки, згідно зі своїми світоглядними установками, вони сприймають настання смерті як неминучу подію. Більше того, перед ними завжди існує перспектива прожити життя на цьому світі за релігійними канонами. Ці очікування ні в якому разі не повинні піддаватись критиці з боку психотерапевта, оскільки вони є елементом стратегії подолання кризової ситуації.

ПСИХОЛОГІЯ ПОЛОГІВ

Уже за кілька днів перед початком пологів організм майбутньої мами починає готуватись до очікуваного випробування стресом: у крові зростає рівень адреналіну та норадреналіну. Пріоритетною психотерапевтичною метою в цей час є налаштування жінки на співпрацю з лікарями, досягнення її усвідомленої активної участі в процесі народження дитини. Дуже важливо усунути негативні емоційні реакції та створити позитивний емоційний фон очікування материнства. Також потрібно переконати жінку щодо фізіологічності її відчуттів, вселити впевненість у тому, що вона перебуває в безпеці під наглядом кваліфікованого медичного персоналу.

У клінічному перебігу пологів виділяють три періоди: *перший* — *розкриття шийки матки*; *другий* — *зганняння (вигнання) плода*; *третій період* — *народження посліду*.

5.1. Перший період пологів

У жінок, які народжують первістка, від моменту появи перших ознак пологів до народження плаценти, проходить приблизно 15-20 годин. При повторних пологах цей час може бути меншим на третину чи навіть удвічі. Але загалом це досить тривалий часовий проміжок, що супроводжується великим емоційним і фізіологічним напруженням для породіллі. Тому важливо створити для неї ситуацію максимального фізичного та психологічного комфорту.

Деякі сімейні пари від самого початку активно наполягають на домашніх пологах, прагнучи забезпечити максимально звичні й комфортні умови для породіллі. Приймаючи відповідне рішення важливо одразу передбачити можливості для отримання невідкладної медичної допомоги у випадку виникнення такої необхідності. Ідеальною все ж є ситуація, коли не пологи відбуваються вдома, а в пологовому будинку умови максимально наближаються до домашніх, що створює для жінки атмосферу безпеки й затишку.

Деякі фахівці активно пропагують «пологи у воду», але науково обґрунтованих і доведених даних про їх користь немає. Michel Odent, основоположник теоретичної концепції «пологів у воду», рекомендує в якості альтернативи медикаментозного втручання, спрямованого на активізацію розкриття шийки матки, практикувати під час періоду її розкриття занурення породіллі до басейну. Якщо жінка наполягає на пологах у воду,

то вони допустимі, але виключно за умови соматичного здоров'я жінки, фізіологічного перебігу вагітності та стандартної акушерської ситуації, і лише в добре обладнаному й забезпеченому підготовленими кадрами стаціонарі.

Для створення комфортних умов доцільно використовувати індивідуальні пологові зали, але щоб жінка не відчувала себе самотньою, цілком виправданою і природною є практика партнерських пологів. Рідна, уважна й чуйна людина, яка знаходиться постійно поруч, може дуже допомогти успішно впоратися із усіма труднощами під час виснажливого, повного тривоги очікування.

Із початком перейм, у перервах між м'язовими скороченнями організму вагітної необхідно розслабитися й відновити сили за допомогою прийомів релаксації, відпрацьованих у процесі допологової підготовки. Тут знову може знадобитись допомога чоловіка, адже із лікарем та акушеркою іноді немає на стільки довірливих відносин або вони можуть бути зайняті іншими справами.

На фоні зростаючого напруження, оптимізм і наснага, властиві жінці на початку пологової діяльності, стрімко вичерпуються, а на зміну їм приходить відчуття самотності й тривоги. У цій ситуації присутність поруч чоловіка може бути доречною, аби походити з дружиною по коридору, доки перейми ще не стали надто частими, із дозволу лікаря допомогти їй прийняти душ, виміряти частоту дихання, тривалість перейм, зробити спеціальний масаж. Не менш доречно іноді просто відвернути увагу жінки розмовою, пожартувати й підбадьорити, берегти її спокій під час релаксації.

Дії чоловіків, які беруть участь у партнерських пологах, визначаються якістю допологової підготовки, і схематично можуть бути описані в рамках трьох основних поведінкових стереотипів:

1. *Активно-адекватний* — виконання ролі «посередника» між медиками і породіллею. Не заважаючи нікому, чоловік виконує рекомендації медичного персоналу, впевнено допомагає дружині прийняти найбільш зручну позу, здійснювати необхідні маніпуляції.

2. *Пасивно-споглядальний* — чоловік не чітко уявляє собі чим і як він може принести користь, а тому почуває себе стороннім спостерігачем і практично не втручається в процес пологів. Емоційне ставлення таких чоловіків до дитини в цілому тепле, але при появі немовляти бурхливої радості вони, як правило, виявити не здатні. І тільки через деякий час після закінчення пологів можливі значно емоційніші прояви вдячності дружині та медичному персоналу.

3. *Агресивно-наступальна поведінка* — проявляється спробами активно й безцеремонно втручатися у дії медичних працівників, вимагати у них звіту про всі маніпуляції та «керувати» навіть діями дружини. Важливо вживати заходів, аби не допускати таких чоловіків до пологового

залу, особливо під час періоду потуг. Повернутися до дружини й разом із нею порадіти чоловік може вже після благополучного народження дитини. При цьому, як правило, тривога та агресивність змінюються на радість і щире вдячність.

Подібна поведінка обумовлюється як тривогою за результат пологів, так і браком допологової підготовки. Іноді визначальну роль відіграють **дидактогенії** (др. — грецьк. διδακτός — завчений, засвоєний + γενεά — народження) — психогенії, що є аналогом ятрогенії, обумовлені брутальністю вчителя чи керівника. Прикладом є хибно створене переконання щодо стимулюючої ролі грубощів для збільшення активності жінки в пологах. Розумна й справедлива суворість не стає причиною дидактогенії.

5.2. Другий період пологів

Період зганняння (вигнання) триває від двадцяти хвилин у разі повторних пологів до двох годин у жінок, які народжують вперше.

Специфіка пологових процесів у цей час вимагає активної роботи породіллі. Більшість жінок сприймають це як ознаку швидкого закінчення пологів і реагують відчуттям полегшення й задоволення, їх настрій покращується. Вони вже не відчують себе безпорадними, не помічають втоми, віднаходять нові сили, розуміючи, що від її активності залежить позитивний результат.

З іншого боку, під впливом периферичної аферентації та страху (розриву промежини, крововтрата, патології плоду) актуалізуються больові відчуття. Реалізується набутий людством рефлекс, що стосується зв'язку пологів і болю. Багато жінок у цей час починають відчувати тривогу, пов'язану, насамперед, із дефіцитом інформації про те, що відбувається та як усе має бути насправді. Наслідком може бути розвиток психомоторного збудження, звуження свідомості, що вимагає психіатричної та психотерапевтичної допомоги. Поліпшити їх емоційний стан може своєчасне й делікатне інформування про майбутні маніпуляції та потенційно пов'язані з ними відчуття.

Важливим є те, аби жінка повністю довіряла лікарю, який опікується нею під час пологів. Якщо ця умова витримується, то покладаючись на знання і досвід фахівця, вона спокійно обговорює та приймає всі рішення про необхідні медичні втручання. Навіть у разі виникнення ускладнень необхідно повідомити про них, але зробити це спокійним тоном, демонструючи власну впевненість в успішному результаті пологів і тут же надаючи чіткі інструкції щодо подальших дій.

Цей етап пологового процесу вимагає найактивнішої роботи від породіллі, проте, партнер також має мінімальні можливості допомогти їй. Разом із тим деякі чоловіки через свої характерологічні особливості, можуть навіть заважати нормальному перебігу пологів. Наприклад, викли-

кати своїм схвильованим виглядом негативні емоції, відволікати й бентежити. Іноді, будучи активними та розуміючи, що дружині доводиться нелегко, але маючи погану підготовку, вони починають необґрунтовано вимагати від лікарів якихось негайних дій. В особливо вразливих чоловіків, на підставі побаченого під час періоду вигнання, можуть виникнути функціональні сексуальні розлади.

Тому для більшості чоловіків цей час краще провести за дверима, дочекавшись першого крику дитини. Практика показує, що, якщо подружжя спільно наполягає на присутності партнера під час періоду вигнання, то не слід їм у цьому суперечити. Але краще, аби чоловік, якщо і був присутній, то стояв біля голови породіллі, говорив ласкаві слова, гладив, підтримував за плечі. Іноді навіть сильні, вольові чоловіки приходять у відчай через те, що не можуть нічим суттєво допомогти коханій людині в ситуації пікових пологових навантажень. Тому жінці краще не бачити обличчя партнера, на якому відображається складна гамма почуттів.

5.3. Третій період пологів

Головним змістом третьої стадії пологів є народження плаценти, проте увага матері в цей час уже концентрується на дитині. Дуже важливо, аби її радість від перших миттєвостей спілкування з немовлям розділив чоловік. Критична важливість цього періоду полягає у особливій сприйнятливості дитини до зовнішніх чинників, специфічній фіксації об'єктів навколишнього середовища, завдяки чому вибірково запускаються інстинктивні видові та індивідуальні реакції немовляти.

Імпринтинг — спадково запрограмована здатність організму моментально та стійко фіксувати (запам'ятовувати) в якості досвіду певне переживання. Автором терміну є К. Лоренс (1935).

Реалізація цього феномену можлива тільки в критично короткому проміжку часу, під впливом особливого гормонального фону. Лише в момент пологів і протягом перших кількох годин після них усі переживання абсолютно унікальним чином впливають на свідомість. Механізми імпринтингу, що реалізуються шляхом дотиків, вербальних і невербальних звукових сигналів, встановлення контакту очі в очі, пантоміміки, посмішок, відіграють величезну роль у формуванні взаємовідносин дитини й батьків. Те, що запам'ятовується в цей час, створює поведінкові моделі, котрі потім використовуються протягом усього життя. Це одна із форм навчання поряд з умовними рефлексами й оперантним обумовленням. З огляду на це, дуже важливо аби серед перших відображених у свідомості образів навколишнього середовища виявилися мама й тато немовляти, як це відбувається при партнерських пологах.

Присутність батька при народженні дитини — це глибоке екзистенційне потрясіння, можливість через емпатію та співпереживання дру-

жині відчути свою причетність до дивовижного процесу появи нового життя. Цей феномен обов'язково слід використовувати для профілактики комплексу Лая і подолання проблем едипальної стадії психосексуального розвитку.

Якщо батьків під час занять з допологової підготовки вчили щодня спілкуватися доступними способами із майбутньою дитиною, то при звуках знайомих слів, вимовлених знайомими голосами, немовля відчуває позитивні емоції. Ці почуття доповнюються ніжними дотиками матері й батька, безпосереднім контактом з теплою шкірою матері, а пізніше і встановленням контакту очі в очі. Це дозволяє знизити сепараційну тривогу, сприяє швидкій адаптації до позаутробних умов існування. Таким чином, імпринтинг сприяє збереженню діадної єдності матері та дитини, іншими словами, формуванню бондингу (англ. bond — зв'язувати, з'єднувати).

5.4. Рекомендації ВООЗ по організації допомоги породіллям (1985)

1. У кожної жінки є право на належний пренатальний догляд, в якому вона має відігравати провідну роль, беручи участь у його плануванні, виконанні та оцінці ефективності. Це право забезпечується формуванням перинатального комплаєнсу (англ. compliance — згода, відповідність, варваризм, похідне від дієслова to comply — виконувати) — дій у відповідності із запитом чи вказівкою, що забезпечують відповідність усталеним нормам. Необхідною умовою забезпечення належного перинатального догляду є врахування фундаментальної ролі соціальних і психологічних факторів перебігу вагітності й пологів.
2. Народжуючи в лікарні, жінки мають право самостійно приймати рішення про належний одяг для себе й дитини, їжу, використання плаценти та інші особистісно важливі для них питання.
3. Слід підтримувати бажання жінки самостійно піклуватися про себе під час перинатального періоду, але при цьому здійснювати моніторинг її стану й надавати швидку та ефективну допомогу у випадку виникнення такої потреби. Про всю повноту своїх прав на отримання такої допомоги жінка має бути добре поінформована, а сама допомога повинна бути доступною.
4. Уряд країни має визначити установу, яка буде оцінювати якість ведення пологів. Слід заохочувати акушерський догляд, який на перше місце ставить емоційні, психологічні та соціальні, а не технічні аспекти пологів.
5. Уряд має схвалювати впровадження нових перинатальних методик тільки після їх адекватної перевірки та оцінки.
6. Персонал пологового відділення має забезпечувати емоційну підтримку жінки та членів її сім'ї. Жінка має право на обговорення

і прийняття рішень з приводу ведення пологів. Немає належного обґрунтування для таких «традиційних» заходів, як гоління лобкового волосся чи встановлення клізм перед пологами. Не слід нав'язувати жінці позу, яку вона має прийняти під час пологів, хоча рекомендації є доречними.

7. Слід заохочувати природні пологи, а кількість кесаревих розтинів не повинна перевищувати 10-15% від загальної кількості пологів. Захист промежини в пологах — доречний, але систематичне застосування епізіотомії не схвалюється. Слід уникати стимуляції пологів до настання 42 тижня вагітності. Стимуляція має здійснюватись виключно за суворими показаннями, а її частота не повинна перевищувати 10% від загальної кількості. Слід уникати введення анальгетиків, анестетиків і транквілізаторів під час вагітності й пологів.
8. Задля комфорту породіллі доречною є присутність когось із членів сім'ї під час пологів та у післяпологовому періоді, однак, у цьому інтимному процесі не повинна брати участь «юрба родичів» і не повинна здійснюватись відеозйомка.
9. Доцільно прикладати немовля до материнських грудей прямо у пологовому залі одразу ж після пологів. Не слід розлучати здорове немовля із мамою.

ПСИХОЛОГІЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Результатом пологів є не тільки народження дитини, але й поява матері — жінки, яка пізнала материнство. Більше того, відбувається радикальна зміна соціального статусу подружньої пари загалом — вони перетворюються на маму й тата. Наслідком цього є зміни у ставленні до себе та оточуючих, тобто трансформація особистості. Це пояснює, чому під час вагітності та пологів різко підвищується ризик загострення сімейних проблем, виникнення соматичних і нервово-психічних розладів у всіх причетних до цих процесів.

6.1. Жінка у постнатальному періоді

Ідеальною є ситуація, коли реалізуючи інстинкт продовження роду, жінка знаходить себе у шлюбі і згодом стає щасливою мамою. Але на цьому шляху існує багато перешкод і для їх успішного подолання необхідними умовами є не тільки біологічне здоров'я батьків і гідні матеріально-побутові умови, а й спільність ідеалів сім'ї (соціальних, моральних, сексуальних).

Аби успішно виносити й народити дитину, іноді доводиться долати багато перешкод і переживати непрості випробування. Але це тільки початок шляху материнства, адже успішний розвиток малюка багато в чому залежить від якості догляду в ранньому перинатальному періоді, коли мама й дитя, будучи формально розділеними після руйнування пуповини, функціонально лишаються єдиним цілим.

Тому уже наприкінці вагітності у майбутньої мами виникає стан **первинної материнської заклопотаності** — несвідомий регресивний механізм, що спонукає її ототожнювати себе із власними батьками, з'ясовувати, як вони діяли у схожих ситуаціях. Додатковим каталізатором цього процесу виступає **домінанта холдингу** (англ. *holding* — *тримати на руках, піклуватися*), яка утворюється у центральній нервовій системі матері одразу після пологів і здійснює регулюючий вплив на систему «мама — дитя» протягом наступних трьох років.

Результатом процесу пошуку себе в новій ролі є перетворення підсвідомих образів **імаго** (від лат. *imago* — *дорослі статевозрілі стадії розвитку комах*) на ідеальні батьківські образи, що служать орієнтиром, наслідування якого допомагає справитись із новими рольовими функціями, набутти материнської компетентності.

Це психологічно складний процес, який може бути невдачним під впливом цілого ряду причин.

Іноді, причиною труднощів із опановуванням ролі матері може бути негативний досвід, здобутий у дитинстві від власних батьків. Поганий догляд у ранньому віці передається уже дорослій жінці як почуття «материнської некомпетентності».

В інших випадках інфантильна нездатність розпрощатися із дитячими моделями поведінки може призводити до конфлікту між ідеальними батьківськими образами й реально існуючим власним «Я» у батьківському статусі. Протиріччя між інстинктивним бажанням максимально ефективно захистити немовля та індивідуальним браком досвіду й компетентності, стає потужним джерелом тривоги. Надмірний страх зробити щось непоправно неправильне закріплює жінку, перетворює її природну обережність на параноїяльність, створює несприятливу емоційну атмосферу для розвитку вольових і творчих якостей малюка. Мудра материнська любов завжди красива і гармонійна, а подібні «сліпі» почуття набувають потворних деструктивних форм, заважаючи розкритися талантам дитини, її індивідуальним природним здібностям.

Надзвичайно важливим фактором формування материнської компетентності є ранній і досить тривалий післяпологовий шкірний контакт з немовлям, який обов'язково має супроводжуватись прикладанням до грудей. Це сприяє як налагодженню лактації в матері, так і гармонізації психічного та соматичного стану новонародженого, заспокоює його, зігріває, сприяє переключенню з домінуючого під час пологів симпатичного тону вегетативної нервової системи на парасимпатичний.

Завдяки механізмам імпринтингу, у цей час формується **бондинг** (англ. *bonding* — *єднання, відтворення*) — інтуїтивний незримий зв'язок матері з дитиною, що виникає одразу після пологів і дозволяє їй у майбутньому на підсвідомому рівні розуміти невербальні сигнали дитини, аби задовольняти її потреби.

Прояви бондингу різноманітні, зокрема, жінки, які провели зі своїми новонародженими дітьми не менше години після пологів, здатні впізнавати їх за запахом, голосом, тактильно. Взаємна регуляція у рамках діади забезпечує високу якість подальшого діалогу: дитина здобуває впевненість у тому, що її сигнали про допомогу будуть почуті, а мама набуває здатності розуміти їх.

Тому практику розлучення матері й дитини одразу після пологів, яка була досить поширеною у Західній Європі до 70-х років ХХ ст., а в Радянському Союзі практикувалась навіть у 90-і роки, на сьогодні визнано глибоко помилковою.

У випадку раннього розлучення із немовлям для породіллі це обертається підвищенням рівня тривоги, а часто й формуванням на цьому тлі ідей про можливість підміни дитини. Тривожні переживання є одним із факторів, що негативно впливають на становлення лактації.

Додатковим фактором, що заважає жінкам успішно справлятися із викликами на шляху до материнства та адаптуватися до свого нового соціально-психологічного статусу, є соматоендокринно обумовлена в післяпологовому періоді лабільність психічних процесів. У багатьох народів на підставі емпіричного досвіду до породіль застосовували своєрідний «карантин», що тривав близько 40 днів. Такі заходи, до певної міри виглядають обґрунтованими, адже саме у цей період жінка вважається найбільш уразливою щодо розвитку станів післяпологових психозів, депресії або, навпаки, ейфорійної безпечності з ігноруванням фізичної втоми та зневагою до відпочинку. Значно частіше виникають депресивні стани, котрі підживлюються актуалізованими під час вагітності конфліктами минулого.

Описано три моделі взаємодії депресивних жінок зі своєю дитиною:

- сумні, повільні, мовчазні й занурені в себе мами, які мляво виявляють свої почуття;
- матері холеричного типу із почуттям внутрішньої напруги, що часто проявляється посмикуваннями м'язів обличчя;
- безцеремонні та грубі.

Для профілактики й оперативної допомоги в разі післяпологових ускладнень важливу роль відіграє патронаж акушерсько-гінекологічної служби — контроль за інволюцією матки, динамічне спостереження за станом жінки та психотерапевтична допомога із роз'ясненням суті проблем, що виникають. Відвідування матері вдома проводить лікар-педіатр, додатково контролюючи стан дитини й навчаючи правильному догляду за немовлям.

6.2. Дитина у постнатальному періоді

Втрата пуповини та перехід із первинної екологічної ніші матки у великий світ є лише початком шляху дитячого організму до самостійного існування. На перших порах фізіологічна незалежність є суто формальною, а автономність існує хіба у вузькому розумінні фізичного розділення двох тіл. Функціонально дитина лишається частиною тіла матері, від якої отримує їжу, догляд і почуття безпеки. Тому гармонійний розвиток немовляти в постнатальному періоді залежить переважно від стосунків у рамках діади «мама — дитя».

Особливо критично важливим для формування цих стосунків є ранній постнатальний період, коли основний стрес пологів уже залишається позаду, але вміст катехоламінів у крові матері й дитини все ще багаторазово перевищує норму. Унікальний гормональний фон цих миттєвостей служить фізіологічною базою для психологічних феноменів імпринтингу й бондингу, котрі у подальшому визначають якість протодіалогу в рамках діадних стосунків.

Важливо саме в цей час прикласти немовля до грудей матері. Окрім власне функції насичення дитини, годування грудьми має особливе зна-

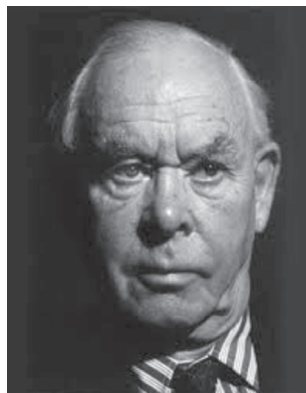
чення для спілкування, здійснюваного за допомогою невербальних, експресивно-емоційних комунікацій, що в майбутньому матиме вирішальний вплив на формування типу сімейного виховання. Коли мама й немовля єднаються в ситуації годування, відбувається ініціація людських відносин, формується модель ставлення дитини до об'єктів оточення та до світу в цілому.

Немовлята завдяки ранньому прикладанню до грудей здобувають здатність позитивно реагувати на мамин запах і в умовах вибору достовірно визначають саме мамине молоко. Уже під час перших хвилин життя вони відрізняють материнський голос від інших. Окрім того, завдяки феномену бондингу формується здатність визначати таку відстань до матері, яка забезпечує почуття відносної безпеки. Критерієм захищеності є можливість ефективно сигналізувати про свої потреби хнюпанням й оперативно отримувати догляд.

Якщо мама опиняється за межами визначеної відстані і стає реально чи уявно недоступною, то малюк діє згідно з рефлексорними поведінковими сценаріями, спрямованими на швидке відновлення близькості. Страх втратити маму може викликати паніку і, якщо потреба у близькості надто часто фруструється, то й після відновлення близькості дитяча тривога лишається на високому рівні, поступово перетворюючись із ситуативної реакції на особистісну рису.

Найпростіший спосіб заспокоїти немовля полягає в тому, щоб взяти його на руки й притиснути до грудей. Навіть найбільш крихтіні діти чутливі до того, як їх тримають на руках: водних випадках вони плачуть, а в інших задоволено затихають, що відображає якість бондингу. Іноді малюки перестають плакати навіть чуячи запис звуків працюючого серця, адже під час внутрішньоутробного розвитку пренеїт постійно чує шум руху крові в черевній аорті та стукіт биття материнського серця. Описана поява позитивних емоцій на обличчях дітей, котрим під час експерименту давали можливість всього лише прослухати записи звуків, максимально схожих на внутрішньоутробні.

Слід зазначити, що у випадку розлучення немовляти з матір'ю в перші години після завершення пологів, феномени бондингу та імпринтингу не виникають або проявляються частково. Поновлення спільного перебування після хоча б двогодинної розлуки, за певних умов, може компенсувати механізми становлення лактації, але порушення саморегуляції дитини в такому випадку є безповоротними, що в майбутньому позначається на її психічному розвитку. Окрім невротизуючого впливу на особистість



John Bowlby

новонародженого, позбавлення контакту з матір'ю в цей критичний період призводить до погіршення роботи зорового аналізатора, порушення процесу становлення орієнтування у просторі, терморегуляції, робить немовля більш уразливим. Тому у 1989 р була прийнята спільна декларація ВООЗ і Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), яка рекомендує заохочувати та всіляко підтримувати раннє прикладання немовлят до грудей.

Малюки надзвичайно чутливо реагують на психологічний стан мами, а з відчуттям близькості до неї напряду пов'язаний розвиток їх психічних та моторних функцій. Тому в перші місяці життя дитина обов'язково має бути оточена турботою і доглянута, навіть якщо вона народжується доношеною, соматично здоровою й успішно долає стрес пологів.

Дослідним шляхом і в результаті спостережень М. Ainsworth (1981) вдалося виділити три типи поведінки дітей, які формуються під впливом спілкування з матір'ю.

Тип А. Уникаюча прихильність (avoid attachment «А») характеризується тим, що дитина продовжує гру й не звертає увагу ні на вихід матері з кімнати, ні на її повернення. Немовля не шукає з нею контакту й не підтримує спілкування навіть тоді, коли мама починає з ним загравати. Дітей із подібною поведінкою називають індіферентними.

Тип В. Безпечна, або надійна прихильність (secure attachment «В») — у присутності матері дитина відчуває себе комфортно, але реагує занепокоєнням і припиняє дослідницьку діяльність якщо вона йде. При поверненні мами немовля шукає контакту з нею і, встановивши його, швидко заспокоюється, знову продовжуючи гру.

Тип С. Амбівалентна прихильність (resistant-ambivalent attachment «С») — при розставанні з мамою малюк тривожиться і плаче, коли ж вона повертається, реагує загалом позитивно, але пручається спробам брати його на руки.

Тип D. Дезорганізована прихильність (disorganized attachment «D») — варіант реагування на появу мами «застиглим переляком» або втечею, що розцінюється як патологічний.

Якщо ж проведення експерименту неможливе, оскільки дитина пильно стежить за мамою й не допускає її найменшої спроби вийти з кімнати, це вважається **симбіотичним типом прихильності**.

S. Freud вважав, що в основі ставлення дитини до матері лежить принцип насолоди — прагнення отримати задоволення, тамуючи голод материнським молоком.

Не відкидаючи ці теоретичні постулати, J. Bowlby (1951) дійшов висновку, що діадний зв'язок ґрунтується на потребі дитини в близькості з доглядаючою за нею людиною. Ця потреба є базовою потребою для розвитку Еґо, оскільки близькість забезпечує безпеку, що дозволяє займатися дослідницькою діяльністю, навчатися та адаптуватися до нових ситуацій.

Експресивні мами, здатні чутливо реагувати на сигнали з боку дитячого організму, позитивно впливають на немовлят, ефективно тамуючи їх базальну тривогу, обумовлену потребою в комфорті й безпеці. Відчувши впевненість у своїх силах, дитина починає безтурботно займатися дослідженням навколишнього світу, навчатися, адаптуватися до нових реалій. Опираючись на відчуття власної безпеки, немовля поступово збільшує відстань, на яку спокійно відпускає маму, починає діяти все більш самостійно, не боїться експериментувати. У подальшому житті це стає базою для розвитку таких особистісних рис, як впевненість у собі, відкритість до нового, сміливість та самодостатність.

Неправильна організація догляду на етапі раннього післяпологового періоду може створити хронічну психотравматичну ситуацію, що перешкоджає подоланню сепараційної тривоги. Почуття незахищеності вимагає спрямовувати основну діяльність на спроби відновлення близькості. Результатом можуть стати порушення процесу адаптації, відхилення й затримки психомоторного розвитку.

Спілкування із ригідними мамами, які неохоче беруть малюків на руки і приховують свої емоції («матері з дерев'яними обличчями») заважає розвитку психічних функцій дитини. У таких немовлят не формується безпечна форма прихильності до матері (secure attachment «В») і це не дозволяє їм повноцінно досліджувати навколишній світ і пізнавати його. Вони виглядають сумними, млявими або, навпаки, надмірно збудливими. Ще не досягнувши однорічного віку, такі діти уже вирізняються тим, що менше виявляють позитивні, яскраві емоції, виглядають надто зануреними у себе, мають труднощі із концентрацією уваги та низький рівень загальної активності.

Невротизовані через відсутність емоційного контакту від матері, вони формують моделі поведінки, що можуть додатково негативно впливати на депресивну симптоматику самої матері. Утворюється система взаємного негативного впливу.

Отримані дані про вплив емоційного контакту з мамою на психічний розвиток немовлят поставили під сумнів правомірність популярного певний час біхевіоріального підходу до виховання. Опираючись на принципи **теорії оперантного обумовлення** біхевіористи закликали ігнорувати значення невербальних форм спілкування немовлят із дорослими для розвитку когнітивних функцій. Ці погляди дуже вплинули на педагогіку й багато матерів виконували рекомендації «не привчати дітей до рук», оскільки це начебто гальмує дослідницьку діяльність дитини. Результати такого підходу, на жаль, були протилежними бажаним.

Діада «мама — дитя» продовжує існувати аж до появи в дитини самосвідомості. Усвідомлення окремого існування мами відбувається в рамках процесу розвитку самосвідомості, названого E.S. Fromm (1961) індивідуалізацією, і настає поступово, зокрема, через переживання заборон

у процесі виховання. Зіткнення із фрустрацією сприяє трансформації оцінки ролі матері: настає розуміння того, що її бажання не завжди збігаються із власними прагненнями, а іноді мама навіть перетворюється на ворожу й небезпечну силу. Цей антагонізм стає важливим фактором усвідомлення відмінності між «Я» і «Ти», як етапу формування самостійності, незалежності від матері.

Найнебезпечнішою для психічного розвитку дітей є ситуація негативного ставлення до них обидвох батьків. Небажані діти народжуються передчасно приблизно у вісім разів частіше, ніж бажані. Але навіть у випадку доношеності у половини з них відзначаються ознаки морфофункціональної незрілості, котра часто викликає необхідність здійснення заходів інтенсивної терапії соматичних і неврологічних ускладнень.

Труднощі діалогу з дитиною виникають, якщо вона не виправдовує покладених на неї батьками сподівань. Виховання в такому випадку, як правило, здійснюється за типом гіпопротекції, на тлі емоційної холодності в стосунках.

Про ставлення до дитини в сім'ї свідчить багато ознак. Іноді дуже інформативним буває навіть вибір імені, що може відображати амбіції батьків, наприклад, їх незадоволення статтю дитини.

Найбільш критичним є поєднання небажаності дитини взагалі та небажаності за статтю. Особливо це стосується другої дитини в сім'ї, якщо первісток тієї ж статі є бажаним для батьків. Емоційно відторгнуті немовлята багато плачуть, погано сплять і для заспокоєння потребують пустушки або соски, мають хворобливу схильність до смоктання пальця, пізніше — до звички гризти нігті, волосся, маніпулювати власними геніталіями. Неадекватне виховання з боку батьків перетворює їх на тривожних, асексуальних і відторгнутих однолітками інфантильно-залежних невротиків.

Отримана психотравма поширює свій вплив далеко за межі перинатального періоду й визначає сценарії соціальної адаптації протягом усього життя. По мірі дорослішання такі діти відзначаються песимізмом, паранойяльністю, іронічною саркастичністю, схильністю до заздрощів і недоброзичливості, мають занижену самооцінку, відчувають великі труднощі у встановленні міжособистісних відносин. Їм важко обрати професію і створити сім'ю, а у сексуальному житті вони схильні до хворобливого онанізму та інших сексуальних перверсій. У ставленні до власних дітей їм вирізняє та ж сама скутість і холодність батьків.

СІМЕЙНІ СТОСУНКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

З точки зору соціології, сім'я спрямована на відтворення людини структура, що базується на кровній спорідненості та шлюбі, об'єднуючи людей спільністю побуту та взаємною відповідальністю. У той же час, сім'я є психологічною спільністю, що складається із окремих особистостей, які мають складні взаємини.

Критичні для сім'ї життєві події визначають за такими ознаками:

- наявність можливості датувати їх і локалізувати у часі та просторі, що є відмінним від ситуації хронічної психотравматизації;
- стійка емоційна реакція у відповідь;
- витрата більш тривалого часу і зусиль на адаптацію, ніж це необхідно у відповідь на буденні перевантаження.

Стан вагітності й пологів, незважаючи на свою фізіологічність, як правило, повністю відповідає цим критеріям, адже реалізація репродуктивної функції пов'язана як із утворенням сім'ї, так і з серйозною перебудовою її системи.

Окрім того, вагітність дає старт цілому каскаду серйозних трансформацій, що відбуваються в організмі та психічній діяльності вагітної жінки. Ці процеси багато в чому визначають функціональність сім'ї, характер взаємин її членів, що, у свою чергу, вторинно впливає на стан майбутньої мами.

Вагомий вплив на перебіг вагітності має етап розвитку сімейних відносин, в контексті якого відбувається старт нового життя. Виділяють наступні стадії розвитку сім'ї:

1. Дошлюбні стосунки.
2. Конфронтація.
3. Компроміс.
4. Сталі подружні відносини.
5. Експерименти із незалежністю.
6. Ренесанс.

Закономірність чергування цих стадій простежується в більшій частині випадків дослідження динаміки сімейних відносин, проте тривалість стадій досить індивідуальна та варіабельна.

Стадія дошлюбних стосунків триває в середньому близько 9-12 місяців і характеризується станом ейфорії, домінуванням ідей любовного змісту, посиленням статевого потягу. Закохані сприймають одне одного

некритично, ігноруючи взаємні недоліки. Поява критики в ставленні до партнера означає перехід до наступної стадії розвитку стосунків. Іноді це означає ще й розрив відносин, але якщо до цього часу люди стали по-справжньому близькими, то вони долають протиріччя й приймають рішення про шлюб аби зміцнити та розвинути почуття прихильності.

Незапланована вагітність може послужити своєрідним каталізатором розвитку відносин. Досить часто укладання шлюбу є прямим наслідком вагітності та очікування пологів, хоча сама по собі дитина при цьому не є особливою цінністю для подружжя. У такому випадку виникають труднощі формування раннього діалогу немовляти із мамою, яка розглядає його в якості засобу вирішення своїх проблем. Ці протиріччя значно посилюються, якщо вагітність виявляється не достатньо вагомим аргументом й не виправдовує сподівань, які на неї покладались. У подальшому виховання такого немовляти здійснюється в стилі гіпопротекції на тлі емоційно холодних стосунків, що уповільнює розвиток і погіршує стан здоров'я дитини.

Стадія конфронтації починається з того моменту, коли молодята починають жити разом і вести спільне господарство. Тривалість її залежить від багатьох факторів: мотивів укладання шлюбу, окремого або спільного проживання з батьками, добробуту тощо. Будуючи сім'ю, кожен із молодят опирається на отримані в сім'ях своїх батьків уявлення про стереотипи взаємин чоловіка й дружини. Як правило, ці погляди дуже різняться, що й призводить до конфліктів. Тільки почавши спільне життя, вони із подивом відзначають, що обранець (обраниця) сильно відрізняється від того образу, який вони собі попередньо створили. Рівень розбіжності між очікуваннями та реальністю визначає рівень конфліктності відносин.

У такій ситуації, народження дитини не зміцнює, а додатково розхищує сім'ю. У момент зачаття чоловік і жінка є рівноправними партнерами, однак після настання вагітності протягом наступних дев'яти місяців до пологів головною дійовою особою стає майбутня мама. Керуючись материнською домінантою, вона послаблює емоційно-сексуальний зв'язок із чоловіком та все більше поринає у турботу про інший об'єкт, який розвивається в її утробі. Розчарований охолодженням стосунків партнер, будучи неготовим виявляти турботу (а не отримувати її), починає шукати собі іншу нішу прихильності: гроші, коханку, іноді власну матір, яка його завжди цінує й готова дбати про нього.

Поява в родині новачка неминуче призводить до радикальної трансформації подружніх стосунків, сексуальна гармонія в яких уже й так порушена вагітністю дружини. Складність ситуації визначає те, що жінка стає частиною не однієї, а одразу двох діад одночасно (в одній вона є дружиною, в іншій — матір'ю). Після пологів прихильність матері до дитини іще більше зростає, як і емоційна прірва в її стосунках із чоловіком.

Причиною цього є не тільки вплив материнської домінанти, але й суто фізична завантаженість у післяпологовому періоді. Коли ж жінка фізіологічно і психологічно відновлюється й шукає можливості поновити стосунки із коханим, то часто його уже поруч немає.

У майбутнього батька немає спільних тілесних і психічних кордонів з ембріоном і це може стати ґрунтом для формування в нього комплексу Лая (Лай — батько Едіпа) — відчуття ревнощів до дитини, якій починає надавати основну увагу дружина у рамках відповідної діади.

Жінка ж при дисгармонії подружніх відносин понесені втрати компенсує спілкуванням із дитиною. Вона несвідомо блокує своєчасну сепарацію сина, що сприяє загостренню його суперництва із батьком за жіночу (материнську) увагу. На цій підставі у хлопчика формується **комплекс Едіпа** — поєднання ніжних, примітивно еротичних почуттів до матері з агресивними, конкурентними почуттями щодо батька, місце якого він прагне зайняти.

Дівчатка, відповідно, відчувають прихильність до батька й агресію до матері — **комплекс Електри**, але їх ситуація ускладнюється амбівалентністю, оскільки до трирічного віку вся любов дівчинки скеровується на материнську постать і лише потім розщеплюється й на батька.

Часто термін комплекс Едіпа застосовують для означення як чоловічої, так і жіночої ситуації.

У подібних випадках ранній діалог матері з немовлям характеризується достатньою глибиною і взаєморозумінням, проте невинні конфлікти із чоловіком роблять жінку тривожною, емоційно нестійкою, що позначається і на відносинах в діаді «мати — дитина». Часто виникають необґрунтовані за своєю суттю невротичні побоювання за стан здоров'я дитини, може з'явитися фобія втрати. Обстановка, в якій при цьому розвивається дитина, вкрай несприятливо позначається на її здоров'ї, вона починає часто хворіти, що, у свою чергу, ще більше турбує матір.

Стадія компромісів — це закінчення протистояння, що іноді відбувається поступово, а іноді — стрімко. Як правило, після чергового серйозного конфлікту подружжя постає перед прірвою остаточного розриву й раптово усвідомлює неможливість існування одне без одного. Страх втратити партнера змушує йти на поступки, приймати його таким, яким він є насправді, з усіма недоліками й перевагами. У стосунках починає формуватись взаємна повага й терпимість, відносини поступово стають все більш конструктивними, від спроб змінити одне одного партнери переходять до намагань передусім удосконалити себе. Свідомі або несвідомі спроби відтворити копію батьківської сім'ї нарешті полишаються, приходить розуміння їх безглуздості. Спільними зусиллями визначаються і приймаються сімейні ролі, права, обов'язки кожного із подружжя. Починається дорослішання сім'ї, її розбудова як структури, що має свої оригінальні смаки, ритуали, звичаї, традиції. Відбувається активне зміцнення

зовнішніх сімейних кордонів від можливих зазіхань. Спільна творчість захоплює та згуртовує ще більше. Вершиною ж цієї творчості має стати спільне бажання народити дитину, а також діяльність, спрямована на досягнення цієї мети.

Інтимні стосунки на цій стадії розвитку сімейних відносин стають цілеспрямованими, осмисленими й набувають ще більшого зачарування, приносячи й більшу насолоду. Спільні клопоти, вирішення проблем, які передують початку втілення в життя мрії мати дитину, примушують подружжя бути більш відповідальними, зміцнюють взаємну прихильність.

Бажано, щоб у цей період майбутні батьки якомога більше часу проводили удвох і їм ніхто не заважав. Добре, якщо чоловік і жінка можуть пов'язати зачаття своєї дитини із певною обстановкою, місцем, ситуацією, щоб у майбутньому протягом багатьох років повертатися туди в спогадах і наяву. Ще древні вважали, що насолода красою природи, творами мистецтва сприяє зачаттю та позитивно впливає на перебіг вагітності.

Знаючи, що вагітність триває приблизно 40 тижнів, легко запланувати приблизну дату майбутніх пологів. Взявши за початкову точку перший день передбачуваної, але не реалізованої менструації, нехитрі розрахунки можна провести наступним чином: від цієї дати необхідно відступити на два тижні (саме в цей час орієнтовно відбулося зачаття), потім від отриманої дати потрібно відрахувати 280 днів, які необхідні для виношування дитини.

Таким чином, можна приурочити пологи до часу, вільного від турбот і переживань (наприклад, сесії, захисту диплому, відрядження, ремонту тощо), які могли б негативно вплинути на перебіг вагітності.

Новонароджений у такій сім'ї відчуває себе бажаним і оточеним турботою. Для батьків він є самостійною цінністю, а не засобом маніпуляції задля вирішення якихось проблем. Стабільність пронизаних взаєморозумінням, любов'ю та вдячністю відносин батьків — головна гарантія його здоров'я й безпеки. На цій стадії умови для формування раннього діалогу найбільш сприятливі не тільки для матері й дитини, але й для батька, який не відчуває себе зайвим і з легкістю приєднується до спілкування з дитиною.

Стадія сталих подружніх відносин характеризується стабілізацією ситуації, сформованої на заключному етапі попередньої стадії, і може тривати багато років. За сприятливого розвитку подій народження малюка з часом приносить стільки радості, що в подружжя виникає бажання мати ще одну дитину. Сімейні стосунки на цій стадії є максимально сприятливими для формування раннього діалогу немовляти з батьками, і загалом для розвитку здорової дитини.

Стадія експериментування із незалежністю починається на тлі особистісної кризи середнього віку принаймні в когось одного із подружньої пари. До цього часу, як правило, діти уже підростають, сімейні

стосунки стають звичними, рутинними, втрачають гостроту. Несвідомий страх перед тим, що подальше життя буде суцільно складатися із виконання набридлих сімейних і службових обов'язків, змушує прагнути кардинальних змін. Виникає бажання вийти за рамки свого життєвого сценарію, змінити роботу, сім'ю, місце проживання. Якщо до цього стосунки складались відносно гармонійно, то існує висока імовірність того, що партнер допоможе своїй «половинці» впоратися із кризою. В іншому ж випадку виникає реальна загроза розлучення донедавна близьких людей, що виявляється повною несподіванкою для оточуючих, які бачать лише «фасадну» частину сімейних стосунків.

Спроби запобігти такому сценарію за допомогою вагітності до успіху майже ніколи не призводять. Ранній діалог із народженими за таких обставин дітьми багато в чому нагадує сценарій, описаний при народженні небажаних дітей, зачатих на стадії дошлюбних стосунків. Це несприятливо відображається на здоров'ї та розвитку дитини.

Стадія ренесансу — заключний етап розвитку сімейних відносин, на якому може народитися дитина. Якщо сім'я зуміла пережити кризу, то нерідко відносини між подружжям стають ще більш близькими й довірливими, ніж були раніше.

Саме в цій ситуації може виникнути бажання народити ще одну дитину. Так з'являються на світ діти, які мають сибсів, старших за них на 5-10 і більше років. Новонароджені почувають себе бажаними, їх поява на світ радує всіх, включаючи сестер і братів, а сімейна ситуація сприяє формуванню раннього діалогу. Однак виховують цю останню дитину, яка з'явилась на світ внаслідок примирення тата й мами, як правило, в умовах потуральної гіперопіки. У результаті створюються умови для формування таких рис характеру як егоїстичність, зніженість, несаможиттєвість, емоційна вразливість. При зіткненні зі стресовими ситуаціями це призводить до проявів підвищеної вразливості і ризику розвитку невротичних реакцій.

Отже, практика показує, що на успішність становлення раннього діалогу батьків із дитиною значний вплив чинить актуальна стадія розвитку сімейних відносин. Оптимальними умовами зачаття, виношування, народження й виховування здорової дитини є гармонійні відносини між батьками: взаємна любов, усталений ритм сімейних стосунків, вирішеність основних протиріч, обопільність бажання мати дитину.

Без розуміння структури сім'ї, яка планує народження дитини, особливостей її функціонування й динаміки, вирішувати завдання, що стоять перед перинатальними психологами і психотерапевтами, неможлива.

Своєчасно виявити можливі сценарії дисгармонійного розвитку сімейних стосунків і попередити конфлікт чи допомогти його конструктивно розв'язати — основне завдання перинатального психолога.

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Різноманітними дослідженнями накопичено багато інформації, що свідчить про визначальну роль перинатального періоду у формуванні особистості та життєвого шляху людини. Загалом, можна констатувати, що найбільш вагоме значення для розвитку Его має задоволення дитячих потреб у комфорті та безпеці від «доглядаючої персони». Правильний догляд знижує рівень базальної тривоги, надає впевненості у власних силах і дозволяє спрямувати увагу на пізнання навколишнього світу. Чуйне поводження з немовлям, симбіотична взаємодія — ключові фактори, здатні нейтралізувати наслідки пологової психотравми. Якщо ситуація народження минає без ексцесів, а постнатальний догляд виконується правильно, людина отримує відчуття впевненості у своїх силах, що не полишає її усе подальше життя. З іншого боку, дискомфорт і недоглянутість призводять до того, що висока тривожність стає рисою особистості, а основна діяльність спрямовується на пошук шляхів захисту від небезпеки.

Існує кілька концептуальних моделей, які описують вплив подій перинатального періоду на подальше формування особистості дорослої людини.

8.1. Теорія «травми народження» Отто Ранка

Основоположником перинатальної психології та психотерапії слід вважати психоаналітика *Otto Rank* (22.04.1884-31.10.1939). Уперше ідея про визначальний вплив пологової психотравми на формування особистості була висловлена ним у роботі «Травма народження» (1924). S. Freud, якого автор вважав своїм учителем і якому, власне, присвятив дослідження, зазначив, що це найважливіший крок вперед з часу відкриття ним психоаналізу, і тепер він відчуває шок, оскільки побоюється, що його теорія етіології неврозів тепер може «розчинитися» в масштабі нового фундаментального відкриття. Однак, сам О. Rank підкреслював, що його ідеї про значимість травми народження є всього лише внеском у психоаналітичну теорію Вчителя, який задовго до цього висловив переконання, що первинна тривожність, як база будь-якого неврозу, є наслідком асфіксії при народженні.

Віддаючи належне класичному психоаналізу, він усе ж вважав помилковою теорію про комплекс Едіпа й первинність відносин дитини з бать-

ком, на чому наполягав S. Freud, стверджуючи, що суть життя визначається відносинами матері й дитини: любовною єдністю на початку та наступною драматичною сепарацією, що починається в процесі пологів.

Пологи — це первинна сепарація, результатом якої є відчуття жаху від втрати первинного об'єкту любові (матері). Другою травмою сепарації для дитини стає відлучення від материнських грудей. Переживши це, людина протягом усього життя намагається відновити втрачену гармонію.

Ця психічна травма створює в немовляти високий рівень так званої «базальної тривоги», що в дорослому віці має тенденцію актуалізуватись у критичних ситуаціях, проявляючись невротичними симптомами. Прикладом таких ситуацій є народження брата або сестри (сіблінгове суперництво), втрата близької людини через зраду, розлуку або смерть.

Позбавитись від базальної тривоги можна шляхом поступового, продуманого та підготовленого руйнування первинних зв'язків, найважливішим із яких є годування грудьми. Некоректний перебіг цих процесів загрожує формуванням несвідомих амбівалентних тенденцій одночасного прагнення повернутись в утробу матері та жаху перед нею, що потенційно загрожує розвитком психопатологічних станів.

Власне, одним із варіантів спроби відновлення внутрішньоутробного єднання з матір'ю і є статевий акт — часткове й суто тілесне повернення в утробу. Але, у випадку сильної пологової травми, наприклад, пов'язаної із гіпоксією чи іншими ускладненнями, і, відповідно, більш сильному первинному витісненню, можливість долати травму народження за допомогою сексуального задоволення ускладнюється. Нездатність задовольнятися частковим поверненням до лона матері шляхом статевого акту може бути ґрунтом для розвитку неврозів. У такому випадку страх відділення від матері або її замітника перетворюється на основну життєву проблему й лише психотерапія має змогу допомогти людям, які не справляються з цим.

Якщо перша реакція S. Freud на цю теорію була позитивною, то пізніше він розкритикував гіпотезу про фіксацію на матері в якості основного джерела неврозу. Продовжуючи вважати ідеї O. Rank «сміливими і дотепними», він зазначав, що внутрішньоутробне життя має вплив на формування психіки значно потужніший, ніж лише травма народження, та довікав за ігнорування ролі батька.

У подальшому ідеї O. Rank розвинули *Donald Woods Winnicott (Розмова із батьками, 1960)* і *L. Peerbolte (Перинатальна динаміка, 1975)*. Їх роботи мали значний вплив на формування теорії перинатальних матриць.

8.2. Теорія Станіслава Гроффа про базові перинатальні матриці

Вивчення впливу перинатального періоду на формування особистості продовжив послідовник O. Rank, американський психіатр чеського походження Stanislav Groff.

Досліджуючи змінені стани свідомості він проводив сеанси психоделічної психотерапії із застосуванням LSD і діпропілтріптамін, а, після заборони в США наприкінці 1960-х років застосування LSD в медичних цілях, винайшов власну оригінальну техніку «холотропного дихання». Експериментально змінюючи свідомість пацієнтів за допомогою LSD і холотропного дихання він виявив, що в такому стані вони здатні заново пережити стрес свого біологічного народження (Groff St., Halifax J., 1977). Усі ці дослідження привели S. Groff до припущення, що деякі події відкладають особливий слід у психіці людини, який він назвав «системою конденсованого досвіду» (*COEX-System — system of condensed experience*).

Серед усього різноманіття накопиченої у підсвідомості інформації особливе місце посідають спогади про досвід ембріонального розвитку й народження. Сліди емоційних і тілесних переживань перинатального періоду, що виникають у ситуації гострої загрози життю та цілісності організму, мають визначальний вплив на психіку людини протягом усього її життя. Пологова психотравма може відображатись у клінічних особливостях розвитку різноманітних форм психопатології. Наприклад, якщо дитина мало не задихнулась при народженні або пережила розлучення із матір'ю відразу після появи на світ, це залишає незворотний відбиток у психіці та впливає на розвиток емоційних і психосоматичних розладів: депресії, тривожності, фобій, сексуальних девіацій, мігрені або астми.

Психотерапевт, використовуючи в роботі з дорослою людиною трансперсональні технології, може повернутися до цих блоків пам'яті не тільки на мнестичному рівні, а й актуалізувати їх соматичний компонент. У цей момент людина знову відчуває себе пренеитом і здатна пережити біологічне народження в усій повноті його достовірних подробиць, що, зазвичай, супроводжується яскравими фізіологічними реакціями: задухою, тахікардією, блюванням, гіпертермією, гіперемією, тремором, судомами та іншими психосоматичними феноменами.

Переживши такий досвід, отримавши можливість доторкнутися до стихії колективного несвідомого та зіткнувшись із глибокими, сильними образами й переживаннями перинатальної сфери, людина найсерйознішим чином замислюється про причини й сенс свого існування. Цей момент ніколи не проходить безслідно, даючи потужний поштовх до саморозвитку.

Аналізуючи отримані матеріали, S. Groff у роботі «Королівство людського несвідомого» (1975) припустив, що психіка людини формується не тільки на біографічному етапі, але й на стадії ембріону та під час пологів. Опираючись на власний досвід вивчення несвідомого, він висунув теоретичну концепцію чотирьох базових перинатальних матриць (БПМ), що відповідають послідовним фізіологічним етапам вагітності та пологів.

Перинатальні матриці (лат. *perinatalis* — навколо народження, лат. *matrix* — *першопричина*) — це стійкі функціональні структури (кліше), що формуються на підставі досвіду внутрішньоутробного життя та

пологів і стають базою для психічних і соматичних реакцій протягом усього подальшого життя людини.

Перша матриця «Рай» — період симбіотичної єдності матері і плоду, що триває майже всі 9 місяців вагітності, коли пренейт статично (на відміну від інших матриць) перебуває в ідеальних для себе умовах «амніотичного всесвіту».

Ця матриця формує первинне уявлення про ідеальний світ, а мама має унікальні можливості для того, аби закласти базу потенційних можливостей майбутньої дитини, передати їй позитивний досвід спілкування із навколишнім середовищем, уособленням якого на цьому етапі є материнський організм.

Якщо вагітність є бажаною, а мама психічно врівноваженою і свідомо виношує плід, відчуваючи симбіотичний зв'язок і посилюючи позитивні емоції, то зміст матриці наповнюється відчуттям легкості, безтурботності, спокою і радості. Переживання дитиною океанічного блаженства, невагомості, повної безпеки, умиротвореності та розслабленості створює в неї відчуття потоку любові, що живить її зовні, формуючи на рівні несвідомого досвіду інтуїтивну довіру до навколишнього світу. З точки зору фрейдівського вчення про ерогенні зони дитина внутрішньоутробно набуває біологічного й психологічного досвіду глибокого розслаблення й задоволення.

Немовлята, які переживають в утробі вплив позитивних емоцій мами, згодом краще ростуть, більш жваво себе поведуть, мають вищий інтелект. У дорослому віці їх вирізняє вміння розслаблятися й мобілізуватися за потреби, радіти життю, відчувати гармонію, філософськи мислити й усвідомлювати абстрактні, духовні категорії. Таким людям властивий оптимізм, відкритість, життєрадісність, розвинута здатність до оргазмічних і трансівних переживань, хороші здібності до творчості і міцний імунітет.

Але іноді жінки уже на самому початку вагітності переживають стрес із приводу непланового зачаття й неформованих шлюбних відносин. Не менш стресовим може бути і подальший перебіг вагітності, коли виношуючи дитя мама із жахом думає про пологи, а іноді навіть обдумує варіанти смерті дитини. Часто негативним змістом першу матрицю наповнюють також патологічні явища соматичного характеру (плацентарна недостатність, стиснення плоду, загроза викидня, інтоксикації).

Роздуми і сумніви вагітної жінки стосовно того, чи бажаною є дитина й чи варто залишати їй життя, фіксуються у несвідомих блоках пам'яті пренейта, як відчуття самотньої безпорадності та ворожої недовіри стосовно матері. Він відчуває загрозу своєму існуванню й задля виживання активізує додаткові інстинктивні реакції, що покликані захистити його перед хаосом і недоброзичливістю навколишнього світу.

По мірі дорослішання ці почуття виливаються у відсутність взаєморозуміння, прохолодні сімейні стосунки, недовіру до батьків, схильність

до депресій. Такі люди відзначаються паранойяльною налаштованістю, ворожістю, недовірливістю до оточуючих, схильністю постійно очікувати на агресію та насильство щодо себе. Супутніми соматичними проявами є нудота, дисфункція кишківника, проноси.

При регресі з акцентом на цю матрицю пережитий досвід може актуалізуватись у свідомості як у вигляді конкретних біологічних відчуттів, так і через різноманітні символічні та архетипічні образи. Позитивний досвід першої матриці підсвідомо проявляється ототожненням себе із водними формами життя й «космічністю». Для негативного досвіду типовими проявами є страх отруєння, загострена увага до екологічних проблем, забруднень водойм і природи загалом.

Друга матриця «Відсутність виходу» триває від початку перейм до повного розкриття шийки матки і характеризується закінченням статичного періоду та початком динамічних процесів внаслідок порушення внутрішньоматкового гомеостазу на хімічному й фізичному рівнях.

Зібрана, організована та оптимістично налаштована мама усіляко стимулює пологовий процес і завдяки інтуїтивно відчутній підтримці допомагає дитині відновлювати сили й долати труднощі цього періоду. Іноді жінка на цьому етапі входить в напівтрансний, «змінений» стан свідомості, даючи волю інстинктивним механізмам пологового процесу. Актуалізовані таким чином ендокринні зміни в її організмі синхронізують рух плоду і відкриття шийки матки. Відчуття ж беззахисності, страху та невпевненості в собі, як реакція на початок перейм призводить до тимчасового руйнування симбіотичного зв'язку із дитиною. Якщо її власний перинатальний досвід та емоційний стан під час вагітності на рівні підсвідомості обтяжені негативними спогадами про пережиті стреси, то відкриття шийки матки може відбуватись дуже болісно і повільно. У такому випадку, пережиті муки жінки та страждання дитини роблять цей період найтяжчим під час пологів.

Для пренейта початок перейм означає стрімке руйнування ідилічного спокою «амніотичного всесвіту» — скорочення матки починають «виганяти» його із звичного середовища. Кожне скорочення материнського лона у цей час обмежує приплив крові, позбавляючи залежний дитячий організм необхідного йому кисню й поживних речовин. Дитина відчуває фізичний тиск на себе, страждає, але вихід із недавно затишної, а тепер задушливої утроби, все ще неможливий, оскільки шийка матки тільки починає відкриватися.

Якщо цей період проходить гармонійно і тандем «мати — дитя» злагоджено долає перешкоду, то це наповнює другу матрицю позитивним досвідом подолання труднощів і звільнення з полону, що в дорослому житті робить людину рішучою в прийнятті рішень, готовою до експериментів, відкритою до нового досвіду.

У разі ж несприятливого проходження через цей період, формується негативний досвід відсутності виходу, переживання тиску і страху

в кошмарному клаустрофобічному «пеклі». Що довше все це триває, тим нестерпнішими для дитини є пережиті душевні і тілесні муки, котрі створюють у підсвідомості матрицю, здатну впливати на все подальше життя. Наслідком її впливу можуть бути клаустрофобія, затяжні депресії з болісним відчуттям метафізичної самотності, безпорадного припинення, зраженості і покинутості, апатії та рухової загальмованості. Високий вміст у крові катехоламінів і стероїдних гормонів, притаманний людям, які страждають на депресію, цілком відповідає картині цієї матриці, що відображає високостресову ситуацію без видимих зовнішніх причин.

Типовими є соматичні прояви: задуха, спазми, мігрень, закрепи й тахікардія. На оральному рівні ця матриця пов'язана з відчуттям голоду, нудоти, спраги, хворобливого роздратування рота; на анальному рівні — з ректальними болями, закрепами; на уретральному рівні — болями в сечовому міхурі й дизурією. Відповідні відчуття генітального рівня — надмірне напруження, сексуальна фрустрація, хворобливі спазми.

Такі люди схильні ототожнювати себе із архетипічними фігурами, що є жертвами вічного прокляття: в'язнями у казематах, грішниками в пеклі.

Третя матриця «Відкриття виходу» — відповідає періоду потуг, коли матка продовжує ритмічно скорочуватись, але її шийка вже відкрита і пренеїт має змогу просуватись пологовим каналом.

У цей час дитина здобуває перший у житті досвід подолання шляху, зокрема, роблячи поворот навколо своєї осі в пошуках виходу. Будучи затиснутим вузьким простором пологового каналу, плід не має можливості ні повноцінно рухатись, ні навіть кричати. Тому блокований таким чином величезний запас емоційних імпульсів і загальної напруги залишається в очікуванні вивільнення. Головним змістом діяльності стає шалена боротьба за виживання, в якій панують полярні відчуття: біль і задоволення, обпалюючий жар і льодяний холод, жорстока агресія та пристрасна любов, агонія смерті та екстаз народження.

Дуже важливим елементом сприятливого перебігу пологів на цьому етапі є максимальна релаксація жінки, у чому, зокрема, їй може допомогти чоловік, заспокоюючи і ласкаючи, шепчучи теплі слова на вухо. Якщо врешті вдається досягнути злагодженої роботи діадної системи «мама — дитя», то при хорошій релаксації жінки плід здатен проходити цей період дуже плавно, не відчуваючи психотравми й не завдаючи страждань материнському організму. У такому випадку після відкриття шийки матки дитина народжується у фонтані навколоплідних вод, випливаючи з утроби без глибоких страждань.

Таке народження не залишає травмуючого відбитку на рівні підсвідомості дитини і не наповнює зміст відповідної матриці негативними спогадами. Природно, що людина, яка народилася плавно й легко, має передумови так же легко йти по життю, здійснюючи свої плани.

Але навіть якщо в цей час пренеїт все ще піддається механічному тиску та відчуває задуху, ситуація стає для нього уже не такою безнадійною, оскільки шийка матки розкрита й вихід доступний. Тому позитивний досвід цієї матриці допомагає в майбутньому житті зберігати віру в свої сили у критичних ситуаціях, що потребують ризику та дій на межі можливостей.

З іншого боку, затягнуте, ускладнене патологією (слабкість пологової діяльності, больовий шок) протікання пологів на цій стадії може призводити до того, що шийка матки іноді довго не розкривається й вихід лишається «зачиненим». Причиною може бути також недостатня відкритість жінки для допомоги, її неготовність усвідомлено включитись в динаміку пологового процесу. У такому випадку дитина може відчувати надто сильне механічне стиснення, задуху, стрімко втрачає необхідні для боротьби за життя сили. До проблем і негативних переживань попередньої матриці додається загроза асфіксії, що посилюється при контакті з навколоплідними водами, кров'ю, слизом, сечею та навіть калом.

Отримана пологова психотравма наповнює блоки пам'яті цієї матриці архетипічними образами кривавих жертвопринесень, страт, убивств, тортур, з'валтувань, що виникають на ґрунті перинатальних переживань, але згодом адаптуються згідно до культуральних традицій та індивідуального досвіду. Тому переживаючи регресивні стани в дорослому віці такі люди схильні банальні життєві конфлікти розцінювати як титанічну боротьбу, в центрі якої перебувають. В еротичних переживаннях трансперсонального рівня сексуальна тематика й мотиви життя химерно поєднуються в них зі смертю, небезпекою, агресією, фізичним болем. Сексуальне збудження відбувається в контексті смертельної загрози, страху, агресії, наслідком чого може бути формування патологічних тенденцій психічної діяльності: мазохізму, садизму, некрофілії, суїцидальності, брутальної агресивності та асоціальності.

Іноді резервуар затриманої енергії в майбутньому слугує джерелом не тільки агресії, але й моторних симптомів, що супроводжують психопатологію: тремору, судом, тиків, котрі нагадують рухи, властиві немовляті під час просування пологовим каналом.

Архетипічно цій матриці відповідають образи міфологічних і літературних героїв, які здійснюють вчинки надзвичайної важливості в ситуаціях, що відображають динамічне поєднання агресії з боку материнського організму і реакцій пренеїта на задуху, біль і страх. Класичним символом цього періоду смерті та відродження є легендарний птах Фенікс, старе тіло якого згорає у вогні, а нове відроджується з попелу й злітає до сонця. Елемент вогню архетипічно символізує очищення й відчуття спеки, гіпертермії.

В еrogenних зонах ця матриця пов'язана із фізіологічними механізмами, які дають відчуття релаксації, полегшення після тривалого напруження. На анальному та уретральному рівні — це дефекація і сечовипускання; на генітальному — сексуальний оргазм.

Четверта матриця «Свобода» відображає зміст безпосереднього акту народження дитини й перших хвилин, коли немовля після темряви, задухи і загрози смерті стикається із триумфом життя і яскравим світлом.

У цей час дитина переживає шок через остаточний біологічний розрив зі звичним живильним середовищем материнського тіла: відбувається відсічення пуповини й початок самостійного дихання в абсолютно нових умовах. Вагомим додатковим психотравмуючим фактором може бути реакція на кесарів розтин, анестезію, акушерські лещата та інші акушерські засоби й прийоми.

Після пережитого стресу надзвичайно важливо повернути дитині відчуття безпеки. В ідеалі, першим доторкнутись до немовляти має батько, який бережно кладе його на груди матері, таким чином включаючись в емоційне спілкування. Опинившись одразу після народження в руках мами, дитя відчуває знайомий ритм биття її серця, чує слова любові і радості. Таким чином створюються ідеальні умови для поновлення їх зруйнованого пологами симбіотичного зв'язку в нових умовах.

Уже сам факт знаходження біля материнських грудей інстинктивно запускає в немовляти смоктальний рефлекс, що дозволяє йому отримати дуже важливе перше харчування. З іншого боку, подразнення дитиною соска стимулює скорочення матки і народження «дитячого місця», що є гармонійним фіналом пологового процесу.

Дружелюбність навколишньої атмосфери є фактором гармонізації не тільки сімейних стосунків, а й зв'язку із природою загалом. Новонароджений спокійно довіряється материнським рукам і грудям, зникає до нових умов існування. Це підвищує ймовірність того, що людина в подальшому сприйматиме світ як прекрасне і безпечне місце, довірятиме як собі, так і оточуючим людям. Такий природний хід подій на особистісному рівні формує хороші потенційні можливості до самореалізації, адаптивності, а також базову довіру до навколишнього світу.

Однак, якщо дитина народжувалася важко, страждала від задухи й виснаження, то звичайно ж у неї не вистачить сил активно відреагувати на зустріч із батьками. У такому випадку пробудження інстинктів і свідомості буде більш тривалим. Деякі пологи проходять настільки тяжко, що в результаті немовля потребує термінових реанімаційних заходів і наступної тривалої реабілітації.

Якщо новонародженого надовго забирають від мами, це може підкріпити його розчарованість від пережитих страждань і створити переконання того, що материнська природа агресивна та ворожа. Такі психотравми, фіксуючись у відповідних патернах пам'яті та глибинних прошарках свідомості, чинять вагомий вплив на психічний і фізичний розвиток дитини. Надалі це може проявитися недовірою до матері, відсутністю щирості у взаєминах із нею, відлюдькуватістю в дорослому житті.

Як і у випадку інших матриць, регресивні переживання можуть наповнюватись не лише конкретними фізіологічними й біологічними проявами, але й архетипами, символами.

Архетипічний зміст четвертої базової матриці фіксується переважно навколо тематики раю і пекла, або смерті та відродження. Образи «космічного дна» і непроглядної темряви поєднуються з раптовим спалахом білого саява або золотого, райдужного світла надприродної краси, а переживання обурення, ізолюваності та вічного прокляття раптом змінюються відчуттям звільнення, любові, порятунку і спокутування гріхів. Можуть виникати також образи природи, що прокидається, озонові запахи після бурі.

На рівні ерогенних зон, ця матриця асоційована зі станами полегшення, після сильної напруги, наприклад, після блювання, дефекації, оргазму.

Одним із суттєвих застережень щодо теоретичної моделі базових перинатальних матриць сам S. Groff визнавав той факт, що на момент пологів і протягом перших місяців життя нерви дитини ще не достатньо мієлінізовані. З точки зору сучасної нейрофізіології, брак мієліну у нервовій системі означає неможливість повноцінного формування спогадів. Проте, цілою низкою не пов'язаних із теорією БПМ досліджень підтверджено наявність у новонароджених немовлят візуальної та аудіовізуальної пам'яті.

Неправильно інтерпретувати перинатальні матриці як «долю», наперед визначений життєвий шлях. Пережитий стрес дійсно створює на рівні несвідомого матрицю подальшого розвитку особистості. Але її вплив носить характер схильності, і чи розвинеться на цьому ґрунті психопатологія, яку специфічну форму вона прийме та на скільки буде серйозною — усе це визначається індивідуальною постнатальною історією.

Існує багато спільного між теорією перинатальних матриць і роботами Carl Gustav Jung, зокрема, вченням про архетипічні міфологічні образи. Наприклад, проводиться паралель між четвертою матрицею, що фокусується навколо смерті та відродження, і біблійними темами воскресіння Христа.

8.3. Юнґіанський психоаналіз

Carl Gustav Jung розглядав психіку як продукт активної взаємодії, безперервного обміну енергією між свідомістю та несвідомим. Він відійшов від фройдистського уявлення про несвідоме, як психобіологічне звалище витіснених в силу соціальної неприйнятності інстинктивних тенденцій і неприємних спогадів, вважаючи цю сферу явищем, тісно інтегрованим із навколишньою природою, космосом, історичним досвідом людства. Шляхом аналізу сновидінь C.G. Jung дійшов висновку, що крім індивідуального, існує також колективне несвідоме, єдине для всього людства. Одним із його важливих аспектів є духовність, як реальна, органічна й невід'ємна

частина психіки. Унікальним джерелом інформації про колективні аспекти несвідомого є релігійні й міфологічні знання.

Комплекс — функціональна одиниця несвідомого, констеляція психічних елементів (ідей, думок, відносин, переконань), об'єднаних навколо певного тематичного ядра та асоційованих із певною емоцією.

Архетип (від дав.-гр. ἀρχέτυπον — прообраз, початкове зображення) — первинний образ, ідея, переживання, що належить до базових цінностей людської душі, виступаючи ґрунтом для міфотворення в рамках колективного несвідомого.

По суті своїй, архетипи є аналогією, несвідомим відображенням стереотипів інстинктивної поведінки.

Наприклад, архетип Матері утворює основу так званого комплексу матері. Завдяки колективному несвідомому він є універсальним для всіх людей, але в процесі набуття індивідуального досвіду суттєво трансформується під впливом на дитячу психіку вчинків власної матері. З іншого боку, проекція дитячого архетипу на реальну матір наділяє її міфологічними властивостями та авторитетом. Априорі архетипи не є загрозливими образами, такими вони стають у результаті відповідного досвіду людини, коли поряд із поширеним уявленням про люблячу матір, виникає також її грізний, караючий образ. Ознакою цього можуть бути сні дітей з інфантильними фобіями, в яких вони бачать матір в образі тварини, відьми, привида, людоджера і т.п.

Отже, у центрі переважної більшості інфантильних неврозів, згідно з концепцією С.Г. Jung, знаходиться матір, і сенс психотерапевтичного впливу полягає у тому, щоб позбавитись негативних проекцій, повернувши особистості цілісне позитивне сприйняття світу.

Близьким за змістом є інший архетип — Аніме, що позначає жіночу, хтонічну (від грецьк. χθών — земля, ґрунт) частину душі, якій властива первісно дика енергія землі. У психології чоловіка образ Аніме тісно переплетений із образом Матері.

Перинатальні явища знаходяться на критичній межі між областями індивідуального і трансперсонального. Набутий досвід смерті та відродження виступає засобом філософського погляду індивіда на одиничність тіла як біологічної системи, та широту колективного несвідомого як результату творчості поколінь. Пам'ять про перинатальні події, а особливо про процес народження, має не тільки архетипічний контекст, але й наповнена актуальним біологічним змістом: задихою, нудотою, блюванням, слинотечею, сечовипусканням і неконтрольованими рухами. У дорослому житті різноманітні переживання біологічного і трансперсонального характеру можуть супроводжуватись соматичними проявами, що є відголоском перинатальних подій: автентичною дитячою мімікою, голосом, смоктальним рефлексом, ембріональною позою, блюванням.

Усе це слугує базою для розвитку нових підходів до вивчення зв'язків безпосереднього перинатального досвіду з актуальними психосоматичними проявами.

8.4. Трансакційний аналіз Еріка Берна

Теорія трансакційного аналізу була розроблена американським психологом і психотерапевтом Eric Berne (справжнє ім'я Leonard Bernstein, 10.05.1910-15.07.1970) у 60-х роках XX сторіччя і викладена ним у книзі «Люди, які грають в ігри. Ігри, в які грають люди».

Запропонована концепція увібрала в себе ідеї як психодинамічного, так і біхевіорального підходу, з акцентом на вивченні когнітивних аспектів поведінки, що із самого народження визначають закономірності функціонування особистості в суспільстві.

Центральними елементами теорії є запропоновані уявлення про трансакції, життєві сценарії та рольові стани особистості.

8.4.1. Трансакції

Структурним елементом міжособистісної взаємодії виступають так звані **трансакції** (англ. trans — рух до чогось і action — «дія») — одиниці взаємодії партнерів по спілкуванню, що супроводжуються окресленням позицій стосовно актуальної проблеми. Елементарні трансакції між матір'ю і пренеитом можливі уже на етапі вагітності.

Додаткові трансакції — це такі взаємодії людей, коли у відповідь на певні дії партнер реагує саме так, як того хотів та очікував ініціатор.

Деякі види трансакцій, що несуть у собі складний прихований зміст, Е. Berne іменував іграми.

Психологічна гра — серія послідовних трансакцій із прихованою мотивацією, що ведуть до чітко визначеної мети. Гра являє собою неусвідомлюваний стереотип поведінки, маніпуляцію, за допомогою якої особистість прагне уникнути щирих стосунків, повноцінного контакту.

Кожна дія гри супроводжується «погладжуваннями» і «ударами», інтенсивність яких поступово зростає, а виграшем є досягнення певного емоційного стану, прагнення до якого не усвідомлюється.

Погладжування й удари — взаємодії, спрямовані на передачу позитивних або негативних емоцій.

Кожна людина має потребу в погладжуваннях, особливо гострою ця потреба є у новонароджених. Що менше прямих фізичних дотиків отримує дитина від матері, тим більше потребує їх психічних еквівалентів. Погладжування й удари знаходяться у зворотній залежності: що більше людина приймає позитивних дотиків, тим менше віддає ударів, і що більше приймає ударів, тим менше продукує погладжувань.

Люди виростають, але відповідно до своїх життєвих сценаріїв продовжують грати у різноманітні ігри, наповнюючи ними своє життя. Найжахливішою із людських ігор є війна.

Антиподом гри є **близькість** — щирий обмін почуттями без прагнення отримати вигоду.

8.4.2. Життєві сценарії

На підставі своїх досліджень і спостережень, Е. Берне дійшов до висновку про те, що кожна людина має свій життєвий сценарій, формування якого починається зачаттям і, як правило, закінчується до віку 5-6 років.

Життєвий сценарій — «несвідомий життєвий план», що складається в дитинстві на основі вибору дитини із того, що пропонується батьками і суспільством.

Відповідно, вивчення становлення особистості варто починати із **зародкової установки**, не залежно від того, чи була вона «результатом випадковості, пристрасті, любові, насильства, обману, хитрості або байдужості, аналізувати будь-який із цих варіантів, оскільки усі вони можуть знайти відображення в життєвому сценарії майбутньої дитини» (Е. Берне, 1972).

Починаючи із прийняття новонародженим ролі дитини, протягом життя людина акцентує системи відносин у різних соціальних групах, поступово формуючи свою власну оригінальну рольову стратегію поведінки, засновану на життєвому досвіді та отриманих знаннях.

Роль — це соціальна характеристика людини, що визначається функціями, котрі виконуються нею в тій чи іншій спільноті. Наприклад, статус особистості жінки прямо залежить від успішності виконання нею ролі матері, материнських функцій.

Важливим етапом сценарного програмування є період вигодовування немовляти. Між матір'ю і дитиною розігруються елементарні трансакції на зразок: «от хороший хлопчик!» або «фу, який бешкетник». Таким чином відбувається формування системи переконань у вигляді схеми «Я — Ти» із можливими варіантами ОК або не ОК.

Наступний крок розвитку сценарію — пошук сюжету з відповідною розв'язкою, що дає відповідь на питання: що відбувається із такими як я? Це може бути, наприклад, прочитана матір'ю казка, що стає основою життєвого сценарію. Але остаточний вибір відбувається у вигляді компромісу між підштовхуючим впливом суспільства та свідомим персональним вибором. Тому навіть коли діти виховуються в одних і тих самих умовах, вони можуть скласти різні плани свого життя. Берне Е. ілюструє це твердження історією про двох братів, яким матір сказала: «Ви обидва потрапите до психушки». І дійсно, згодом один із братів став хронічним психічно хворим, а інший — психіатром.

Контрсценарій — певна послідовність дій, що призводить до «зміни» сценарію. Наприклад, для сценарію «Ти маєш страждати» контрсценарієм може бути «Твоє життя налагодиться, якщо ти вдало вийдеш заміж».

Антисценарій — «сценарій навпаки», прямо протилежні визначеному шляху дії. Наприклад, ознаками антисценарію може бути, якщо на чоловіка покладались надії в якості доглядальника старої матері, а він замість тихого життя й уникання контактів із жінками постійно змінює подруг і займається екстремальним спортом. Проте, навіть у цьому випадку, є вплив батьківських установок. Сценарій продовжує впливати на людину й у випадку, якщо вона виконує антисценарій.

Завершеного вигляду «життєві сценарії» набувають при досягненні віку п'яти-шести років, коли відбувається остаточне засвоєння певних ролей, що регламентують суспільні функції. Завдяки таким «схемам поведінки», що будуються на принципі «так заведено чинити», багато людських реакцій стали автоматичними, і це допомагає заощаджувати час та енергію. Про ситуативне «входження у сценарій», як правило, свідчать тілесні ознаки — сценарні сигнали. Це може бути глибоке зітхання, зміна положення тіла, напруження певної частини тіла.

Із моменту утворення завершеного сценарію людина починає жити як «невдаха» або «переможець», зростає «гордістю сім'ї», «спадкоємцем її славних традицій» чи «розчаруванням батьків». Батьки остаточно сприймають свою дитину дорослою тільки тоді, коли бачать неухильне дотримання нею обраного сценарію.

Виділено шість основних паттернів сценарного процесу:

«Доки не» — щось хороше не може трапитись доки не трапиться щось погане. Відповідає міфу про Геракла, який не міг стати богом, доки не здійснить свої подвиги.

«Після» — після хорошого має статись щось погане. Відповідає міфу про Дамокла, який бенкетував доки не помітив над собою меч і після цього уже не зміг спокійно жити далі.

«Ніколи» — люди з подібним сценарієм постійно думають про свої невдачі, будучи переконаними, що ніколи не зможуть із ними впоратись. Ситуація схожа на те, що сталось із Танталом, який був спраглим і голодним, але не міг напиться і наїстись, хоча стояв у воді, а над головою у нього росли плоди.

«Завжди» — «неприємності завжди траплятимуться зі мною». Відповідає міфу про Арахну, яку покарала богиня Афінa, змусивши до кінця віку плести павутину.

«Майже» — такі люди майже досягають своєї мети, але «зробити останній крок» не можуть, подібно до Сізіфа, який котив догори камінь, але майже піднявшись на гору втрачав сили і камінь знову падав донизу.

«Сценарій з відкритим кінцем» — «досягнувши цілі, я не знаю, що робити далі». В міфі про Філемона й Бавкіду стара подружня пара, не уявляючи життя одне без одного, попросила у Зевса одночасної смерті, аби стати дубом і липою, які ростуть поряд.

В аспекті пологів найбільш типовими є сценарії «походження» і «покалічена мама». В основі першого лежать сумніви дитини в тому, що її батьки справжні, а в основі другого — постійне донесення до дитини інформації про тяжкість пологів для матері та перенесені нею страждання, для спричинення почуття провини.

8.4.3. Рольові стани особистості

Розвиваючи ідеї S. Freud і його послідовників психоаналітичної школи, Е. Берне виділив три рольові стани Его: Дитина, Дорослий і Батько. Ці стани не є тотожними фройдівській моделі «Ід, Его, Супер-Его».

Дитина — несе мінімальну відповідальності за власні дії, керується внутрішніми інстинктивними бажаннями, емоціями і враженнями від перинатального досвіду; проявляється двома досить антагоністичними станами:

- природна дитина — живе інтуїцією, всією гаммою спонтанних внутрішніх імпульсів. У спілкуванні довірлива, безпосередня, щира, емоційна, але при тому примхлива, уразлива, легковажна, егоцентрична, уперта й почасти агресивна; загалом, цей стан особистості надає людині чарівності й теплоти;
- адаптована дитина — сповідує маніпулятивну й пристосованську стратегію поведінки, що відповідає очікуванням і вимогам батьків і проявляється: конформністю, невпевненістю, сором'язливістю; парадоксальним різновидом цього стану є дитина-бунтарь.

Типові реакції дитини: «Чому я?», «За що мене покарали?», «Дай...», «Я хочу...», «Яке мені діло».

Дорослий — апелює до розуму й логіки, діє максимально адаптивно. Це стан повної відповідальності за власні дії, орієнтований на здатність об'єктивно оцінювати дійсність на основі власного досвіду та приймати незалежні, неупереджені рішення, спрямовані на максимально ефективну взаємодію зі світом. Характерні фрази: «Із того що нам відомо, можна зробити висновок...», «Отримані дані свідчать про...», «З огляду на це, я пропоную...».

Якщо дорослий стан блокується й не функціонує, то така людина живе минулим і не здатна усвідомити динаміку навколишніх процесів, постійно коливаючись між поведінковими сценаріями Дитини й Батька.

Батько — стан імітації образу власних батьків, що базується на зовнішніх запозиченнях світоглядних установок і поведінкових моделей. Характеризується відповідальністю за долю сім'ї або певної соціальної групи, що реалізується за допомогою наступних елементів поведінки: повчання, виховання, турботи, впевненості у своїй правоті. Поширені фрази: «Роби як я», «Це добре», «Це погано», «Піди та зроби...», «Ти зобов'язаний...», «Ти не повинен...», «Це не дозволяється».

Якщо батьківські стереотипи поведінки блокуються, то людина позбавляється етики, моральних засад і принципів.

На думку Е. Верне, вступаючи у взаємодію із оточуючим середовищем, людина завжди перебуває в одному із цих трьох станів особистості.

Якщо Батько — це запропонована суспільством концепція поведінки, а Дитина — життя на догоду власним інстинктам та емоціям, то Дорослий — це аналітична концепція, дії на підставі збору та обробки інформації. Дорослий відіграє роль арбітра між Батьком і Дитиною, обираючи найбільш адаптивну для цих обставин модель поведінки.

Запропонована Е. Верне концепція здобула широку популярність та активно використовується психотерапевтами й психологами при лікуванні психопатологічних проявів і в процесі корекції поведінки людей. У випадку дезадаптації корекція завжди спрямовується на вироблення стабільно «дорослої» поведінки. Шляхом до психічного здоров'я та максимально ефективної комунікативної поведінки є взаємодія на основі об'єктивного аналізу всієї доступної інформації. Базове гасло психотерапії: Будь завжди дорослим!

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕС В ПЕРИНАТОЛОГІЇ

Розпізнавання захворювання є одним із основних етапів професійної діяльності лікаря. Саме ця форма інтелектуальної роботи називається клінічним мисленням, а розвинене клінічне мислення досвідченого фахівця є одним із найважливіших компонентів майстерності. Це положення віднайшло своє відображення у роботах видатних лікарів античності: «Que bene diagnoscit bene curat» — «Хто добре діагностує, той добре лікує». Особливе значення правильна та вчасна діагностика психічної патології має в перинатології, оскільки мова йде не тільки про життя та здоров'я вагітної жінки, але й про наслідки для її майбутньої дитини та близьких людей.

9.1. Теоретичні основи діагностичного процесу

Діагноз — лікарський висновок про суть хвороби та стан хворого, який відображається в загальноприйнятій медичній термінології та базується на всебічному систематичному обстеженні пацієнта.

Варто розрізняти медичний (психіатричний) і медико-психологічний діагноз.

Медичний діагноз фокусується на формальному віднесенні видимої проблеми до конкретної таксономічної одиниці загальноприйнятої системи міжнародної класифікації хвороб. Таким чином, правильне визначення назви розладу автоматично визначає можливе коло його причин і відповідні можливості впливу на них за допомогою специфічного лікування.

Медико-психологічний діагноз — психологічний аналіз проблеми, опис особливостей поведінки, думок і почуттів, характерних для того або іншого психічного розладу.

Діагностичний процес — це процес диференціації норми та патології, що проводиться через аналіз різної інформації про розвиток і життя людини з метою зробити висновки про природу наявної проблеми.

Існують універсальні логічні схеми (алгоритми) побудови діагностичного процесу. У найбільш загальному вигляді діагностичний пошук складається із трьох взаємозалежних етапів: встановлення попереднього, клінічного й остаточного діагнозів.

На першому етапі, при встановленні **попереднього діагнозу**, на підставі зібраних скарг і результатів об'єктивного обстеження виділяються симптоми, з яких шляхом їх патогенетичного групування формуються

синдрому. Дані анамнезу хвороби й життя дозволяють виділити індивідуальні особливості та динаміку їх розвитку, що орієнтують діагноста на конкретне захворювання.

Необхідне повне опитування пацієнта про всі незвичайні прояви для диференціації того стану, який став причиною розладу. Має бути проаналізована кожна скарга, оскільки «головна» на погляд хворого проблема, не завжди такою є насправді, а от скарги, які під час опитування пацієнта були проігноровані, можуть визначати діагноз.

При описі інтенсивності, частоти й глибини проблем необхідно зробити висновок про те, якою мірою функція надмірна або недостатня, при яких обставинах вона може перерости в проблему та яка тривалість цих проявів. Деякі проблеми мають транзиторний характер і зникають самостійно, у той час як інші зберігаються досить довго. Тривалість дисфункції, подібно до частоти та інтенсивності, має бути розглянута у розрізі норм цього віку. І, нарешті, необхідно скласти повну картину різних симптомів та їхню конфігурацію.

Іноді можна отримати підтвердження або спростування гіпотези дуже простим способом: досить поміняти місцями причини та наслідки виявлених порушень і подивитися, чи зазнають змін поведінка й психічна діяльність.

До медико-психологічних компонентів першого етапу діагностики відносяться:

- *опис* проблеми або розладу — головні й супутні ознаки, ступінь вираженості (тривалість, інтенсивність, частота виникнення й глибина проблеми), обставини, при яких відбувається виникнення або загострення патологічного стану, відмінності від поведінки та емоцій інших людей того ж віку, статі й соціального статусу;
- *формальна класифікація* проблеми або розладу — визначення типу, постановка формального діагнозу;
- *пояснення* можливих причин та умов виникнення проблеми чи розладу;
- *прогноз* розвитку проблеми чи розладу — формулювання припущень про розвиток патологічного стану за певних обставин;
- *планування й оцінка терапії* дозволяє скласти подальший план дій і потім оцінити їх ефективність у процесі порівняння оцінки до початку й після закінчення терапевтичних впливів.

Лікар, таким чином, висловлює попередню думку про стан здоров'я пацієнта, що формулюється в стандартних медичних термінах.

Другим етапом є встановлення **клінічного діагнозу**. За допомогою додаткових методів обстеження діагност заглиблюється в суть патологічного процесу, виявляє його індивідуальні особливості, коригує або уточнює попередній діагноз. Проводиться диференціальна діагностика — найбільш складний елемент діагностичного процесу, який відображає рівень клінічного мислення фахівця й базується на найважливіших операціях мислення — порівнянні, узагальненні та класифікації.

Оскільки хворобі як явищу властива динаміка, то на кожній стадії її розвитку по-різному проявляються захисні фізіологічні та деструктивні патологічні явища, і тому частина симптомів і синдромів носить транзиторний характер. На цьому етапі знову перевіряється правильність діагнозу, він уточнюється, доповнюється й переглядається на якісно новому рівні.

Остаточний діагноз формулюється на третьому етапі діагностичного пошуку. Іноді він опирається на ефект від призначеного лікування — діагностика «ex juvantibus» (через лікування). Залежно від результату терапії, установлений діагноз підтверджується (повне або часткове одужання), доповнюється спостереженням за пацієнтом у ремісії (неможливість повного одужання при хронічній патології) або спростовується. Завершальний етап діагностичного процесу характеризується переходом від діагнозу хвороби до діагнозу пацієнта.

Варто пам'ятати, що загальна діагностична схема не може в незмінному вигляді застосовуватися на практиці завжди, оскільки в кожного окремого пацієнта хвороба протікає по-своєму атипово, із суттєвими відмінностями порівняно із усередненим, абстрактним її описом.

Основні елементи, якими керується лікар у процесі діагностики — це симптоми, синдроми та нозологічні форми. Використання цих понять розкладає цілісну психічну діяльність на окремі одиниці, що важливо для розпізнавання сутності патології.

Симптом — суворо фіксований за формою опис окремої патологічної ознаки, окремий наслідок перебігу патогенетичного процесу.

Не кожна ознака є симптомом, а тільки та, для якої встановлений причинно-наслідковий зв'язок із патологією. Психопатологічні симптоми діляться на позитивні й негативні.

Позитивні симптоми — новоутворені патологічні продукти психічної діяльності, яких не було раніше. До них належать сенестопатії, галюцинації, маячення, туга, страх, тривога, ейфорія, психомоторне збудження та інше.

Негативні симптоми несуть ознаки дефіциту, вади, дефекту психічного процесу. Наприклад, гіпомнезія, амнезія, апатія.

Сукупність усіх симптомів утворює симптомокомплекс, в якому можна виділити ряд закономірно поєднаних симптомів, що утворюють синдром.

Синдром — це чітко формалізований опис сукупності закономірного та стійкого поєднання симптомів, об'єднаних загальним патогенезом.

У синдромі виділяють обов'язкові, додаткові та факультативні симптоми.

Обов'язковий симптом вказує на походження розладу. Може бути єдиним (простий синдром, наприклад, астенічний), а також подвійним або множинним (складний синдром, наприклад, астено-невротичний).

Додатковий симптом відображає вагу, виразність розладу, а отже може бути й відсутнім у певних випадках.

Факультативний симптом пов'язаний із модифікуючим впливом базових елементів конкретної патології.

Після опису початкової картини пропонованих скарг у вигляді симптомів і синдромів треба визначити, чи відповідає цей опис одному або кільком психічним розладам. При цьому важливо пам'ятати, що на прояв симптомів впливає **контекст поведінки** — вік, стать і культура, в якій виховувалася людина.

Нозологічна одиниця (власне хвороба) — група патогенетично об'єднаних синдромів, що мають особливу, індивідуальну динаміку розвитку.

Образно кажучи, симптоми утворюють окремі цеглинки, з яких будуються стіни (синдроми), а останні вже становлять саму будову (нозологічну одиницю), де як будівельний розчин виступає індивідуальність перебігу (динаміка).

Якщо ознаки різних захворювань проявляються в одного індивіда, має місце **коморбідність**. Діагноз же одного із розладів (наприклад, депресії) може свідчити про високу ймовірність наявності й іншого розладу, наприклад, тривожності.

Саме таке систематизоване й деталізоване обстеження дає лікареві надійну інформацію, на підставі якої формується план подальшої роботи в рамках діагностичного процесу.

9.2. Психологія діагностичного процесу

Відповідальність за здоров'я хворого — головний моральний обов'язок лікаря, якому пацієнт довіряє своє здоров'я і благополуччя, натомість очікуючи на професійність, порядність і принциповість.

Усвідомлено чи ні, але лікарі й медсестри надають регулярну психотерапевтичну допомогу, проводячи обходи, роз'яснювальні бесіди й поточні консультації. Відомий вислів: «Якщо хворому не стало краще після першої ж зустрічі з лікарем, то це поганий фахівець». При всій невинуватій категоричності такого підходу, необхідно пам'ятати, що лікаря завжди сприймають психотерапевтично — позитивно або негативно. Особливо актуальною є ця теза стосовно діагностичного процесу в перинатології, оскільки вагітні жінки вирізняються особливою вразливістю та навіюваністю. Це вимагає акцентованої продуманості та наукової обґрунтованості всіх дій лікаря, з огляду на інтереси жінки чи сімейної пари, які звернулись за консультацією.

9.2.1. Психотерапевтичні аспекти діагностичного процесу

Для створення у медичному закладі ефективного психотерапевтичного середовища важливу роль відіграє єдиний стиль роботи медичного колективу поліклініки, жіночої консультації чи пологового відділення. Це завдання є надзвичайно складним, оскільки досягнути індивідуаль-

но високого фахового рівня значно простіше, ніж налагодити гармонічну роботу колективу. Не випадковою є популярність та успішність концепції «сімейного лікаря», адже довіра до «свого» лікаря, що базується на постійному контакті, справляє вагомий психотерапевтичний ефект.

Тому сучасний лікар має не тільки постійно працювати над власним професійним вдосконаленням, але й займатись психологічним самопостереженням, здійснювати роботу над «слабкими», негативними рисами свого характеру. Фахівець має бути добре знайомим із останніми досягненнями науки, новими лікувально-діагностичними методами, але він не може мати однаково високі знання у всіх розділах медицини та психології, тому необхідні своєчасні консультації з колегами. При цьому кожен із них має чітко уявляти собі, що вивчає лише один з аспектів патологічного процесу, а тому може допускати серйозні помилки при спробі оцінити клінічну картину в цілому.

Неприпустимі критичні зауваження консультанта на адресу лікаря в присутності вагітної жінки чи її близьких, або ж проведення консультації взагалі без його відома. Не маючи повної інформації про мотиви дій колеги, консультант не може зробити об'єктивний висновок і, відповідно, не повинен повідомляти пацієнтові про те, що раніше його лікували чи обстежували неправильно. Найбільш деонтологічною є консультація колеги, а не пацієнта, обговорення ж ситуації із хворим має здійснювати тільки спеціаліст, який володіє усією повнотою інформації.

Інформацію про результати обстеження всередині відділення мають надавати тільки лікуючий лікар або завідувач. Якщо ж такі бесіди проводяться й іншими фахівцями (наприклад, при бригадному методі роботи чи при запрошенні зовнішніх консультантів), обов'язковим є дотримання певної виробленої колегіально стратегії діагностично-лікувального процесу. Це допомагає формувати єдину систему поглядів як на діагностику, так і на подальшу терапію, якщо у цьому є потреба.

Напруга, в якій постійно протікає діяльність медика, недосконалість сучасної медичної науки, створюють об'єктивні передумови для **лікарських помилок**, які традиційно активно обговорюються в професійному середовищі. У той же час різко суперечить основам медичної деонтології їх обговорення в пресі та інших мас-медіа. Кожен хворий і його родичі, знайомлячись із такими матеріалами, починають ставити під сумнів призначене лікування, а це підриває зусилля терапевта в боротьбі із захворюванням. Спілкування між лікарями та молодшим медичним персоналом має базуватися на взаємній довірі й повазі. Критика колег не додає авторитету лікареві, а виправлення можливих помилок має відбуватись із тактом, толерантністю, бажано колегіально, без відома пацієнта. Неприпустимо керівникові звертатися до підлеглих лікарів або сестер на «ти» і публічно робити їм зауваження. В очах пацієнтів це знищує авторитет лікувальної установи в цілому. З іншого боку, ворожість і гордіня керівни-

ка, ідолопоклонство підлеглих, також суперечать принципам створення атмосфери співробітництва у колективі.

9.2.2. Стосунки лікаря й пацієнта в рамках діагностичного процесу

Важливо аби під час вагітності жінка довіряла своєму лікареві, не сумніваючись у правильності діагностики й адекватності терапії. При відсутності психологічного контакту зростає ризик недотримання лікарських призначень, консультування в інших спеціалістів або просто в знайомих людей, звернення до представників альтернативної медицини.

Правильна побудова взаємин лікар-хворий залежить від багатьох факторів, серед яких не останнє місце займають досвід і мистецтво медика, здатного враховувати стан пацієнта, особливо якщо це вагітна жінка. Те, що може собі дозволити у спілкуванні один лікар, неприпустиме для іншого. Літній і досвідчений медик іноді поводить різко, але це не кривдить, а, навпаки, заспокоює. Молодий же лікар має обирати більш м'яку форму спілкування. За зовнішньою суворістю завжди має відчуватись доброзичливість і співчуття, бажання допомогти, адже лікареві ніколи не прощають байдужості.

Виділяють такі типи взаємодії лікаря і пацієнта:

1. **Керівний (директивний)** — лікар домінує, приймає всі необхідні рішення, бере на себе всю повноту відповідальності за долю пацієнта. Такий стиль виправданий у роботі з пацієнтами психіатричного профілю, у терапії невідкладних станів.
2. **Наставницький (патерналістичний)** — лікар опікає пацієнта. На правах більш компетентного він ділиться необхідною інформацією, з урахуванням індивідуальних особистісних рис пацієнта допомагає йому розвивати компенсаторно-адаптивні можливості, аргументовано підводить до необхідності прийняття відповідних рішень.
3. **Взаємодіючий (партнерський)** — заснований на емпатичному підході, передбачає спілкування на рівних і застосовується щодо пацієнтів, які мають високий культурно-інтелектуальний рівень і гармонійну внутрішню картину хвороби. Їм дозволяється, з урахуванням рекомендацій лікаря, самостійно ініціювати й впроваджувати методи лікування. Подібна модель взаємин широко використовується в психотерапії, а також у низці особливих ситуацій: при вирішенні питання про оперативне втручання із високою ймовірністю летального результату, у випадках, коли в ролі пацієнта опиняється медик, або ж якщо відносини будуються на основі контракту.

У рамках контрактної моделі лікар несе юридичну відповідальність за результати лікування. Оплачуючи медичні послуги, пацієнт одержує право обирати спеціаліста й очікує, що той буде погоджувати із ним найважливіші етапи діагностики й терапії. До пацієнта ж висуваються вимоги співробітництва в процесі терапії, виконання відповідних рекомендацій і правил.

Але далеко не все в процесі створення психотерапевтичного альянсу залежить від поведінки медика, адже всім подіям нашого життя ми надаємо того значення, яке вони здобувають у нашому суб'єктивному сприйнятті, відображаючи індивідуальну психологічну проблематику. Як сказав із цього приводу F.S. Perls: «ми всі живемо в будинку, де стінами є дзеркала, і думаємо, що дивимось назовні».

Трансфер — перенесення пацієнтом на лікаря свого минулого досвіду відносин зі значимими людьми.

У тому випадку, коли пацієнт переносить на лікаря позитивний досвід минулих взаємин, говорять про *позитивне перенесення*, у протилежному ж випадку мова йде про *негативне перенесення*. Наприклад, вагітна жінка може відчувати до лікаря-мужчини образи й ворожість за поведінку свого партнера, який не підтримав її в бажанні народити дитину. З іншого боку, вона може сприймати його як власного батька, від якого в дитинстві отримувала підтримку й допомогу.

Якщо пацієнт приходить із уже сформованою недовірою до того, що почує, то це вимагає від медика толерантності, аби делікатно вислухати скарги й потім методично виконати подальші діагностичні процедури.

Іноді можливе перенесення на взаємини із лікарем *амбівалентного* емоційного досвіду, одночасних почуттів ворожості та ніжності, довіри й підозри. Ці реакції ускладнюють комунікацію, впливають на її ефективність.

Але не тільки хворий асоціює із образом лікаря минулий досвід емоційних відносин.

Антитрансфер (контрперенесення) — несвідоме перенесення лікарем на пацієнта власного емоційного досвіду стосунків.

Як і трансфер, він може бути *позитивним* або *негативним*. Сформовані таким чином відносини є сумішшю актуальних вражень із різноманітними реакціями взаємного перенесення, спогадами, асоціаціями. Розуміння суті перенесених реакцій та уміння їх нівелювати дозволяє будувати відносини із реальною людиною, а не із власним травматичним (або, навпаки, благополучним) досвідом минулого.

Це допомагає лікареві зберігати об'єктивність, адже позитивна або негативна налаштованість не повинна перешкоджати йому в оцінці можливого перекинування клінічної картини хвороби з боку пацієнта. Найпоширенішими варіантами таких спотворень є симуляція, дисимуляція та агравація.

Симуляція — усвідомлена награна поведінка, за допомогою якої створюється враження про наявність серйозного розладу. Як правило, симуляція легко читається, бо до неї вдаються примітивні особистості з *рентною поведінкою* — прагненням отримати певну вигоду (вихід з неприємної ситуації, одержання співчуття, матеріальної допомоги) від факту псевдохвороби.

Агравация — перебільшення ознак захворювання, що може носити усвідомлений і неусвідомлений характер.

Дисимуляція — усвідомлена поведінка, спрямована на приховування ознак хвороби. Як правило, виникає при захворюваннях, виявлення яких не бажане для самого хворого, оскільки може перешкодити досягненню певних цілей.

Грубо порушують деонтологічні принципи ті лікарі, які потрапляючи під вплив іпохондричних жінок призначають їм нехай малоефективні, але «відповідні» уявному захворюванню засоби. Тим самим лікар мимоволі підтримує й закріплює їх переконаність у наявності «тяжкої недуги», приховуючи реальні психічні проблеми.

Лікарські призначення грамотного фахівця мають бути чіткими й зрозумілими. При цьому необхідно повсякчас пам'ятати про тератогенність деяких препаратів і психологічну прийнятність схеми лікування. Наприклад, при зайвій поліфармакотерапії вагітна жінка може просто відмовитися споживати таблетки пригорщами.

Даючи рекомендації щодо режиму варто мати на увазі і те, що на фоні вже трансформованого в силу фізіологічних причин звичного життєвого укладу, всі додаткові зміни та обмеження можуть стати надто психологічно обтяжливими для вагітної жінки. Тому медик повинен критично ставитися до власного бажання йти простим шляхом і вирішувати поточні проблеми заборонами й обмеженнями, обумовленими власним рутинним бажанням перестрахуватися.

Лікувально-діагностичний процес, таким чином, має обопільний характер. В ідеалі у ньому беруть участь дві сторони: уважний, високопрофесійний лікар і пацієнт, який, довіряючи лікареві, надає йому всю необхідну інформацію.

9.2.3. Загальні вимоги до психотерапевтичної ефективності медика

Медичний працівник викликає довіру у вагітної жінки та її сім'ї лише в тому випадку, якщо його поведінка відзначається делікатним спокоєм, впевненістю в правильності своїх дій і рішучою наполегливістю, але ні в якому разі не зверхністю та брутальністю. Відчуваючи безпомічність перед хворобою, пацієнти схильні приписувати лікарям ті риси, які мають допомогти їм впоратися із труднощами, неусвідомлено чекаючи від терапевтичного процесу чогось більшого, ніж соматичне одужання. Хворий завжди шукає «ідеального лікаря», але психотерапевтичну ефективність медика визначають кілька особистісних якостей, головними з яких є: афіліація, комунікативна компетентність, комунікативна толерантність, емпатія, емоційна стабільність, сенситивність до відторгнення.

Афіліація — потреба людини перебувати в суспільстві інших людей і взаємодіяти з ними. Психологічно афіліація виступає у вигляді почуття

прихильності й вірності, а поведінково — у товариськості, бажанні співпрацювати. У роботі лікаря, що відрізняється тривалістю й інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, ця риса допомагає зберегти живе зацікавлене ставлення до пацієнтів, захищає від професійних деформацій, байдужості й формалізму, утримує від ставлення до хворого як до бездушного анонімного «тіла», частина якого має потребу в терапії.

Комунікативна компетентність — уміння спілкуватися, що передбачає не тільки наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості й темпераменту), але й сформованість спеціальних навичок: уміння встановлювати контакт, вислуховувати, «читати» невербальні прояви, будувати бесіду, формулювати питання. Для людини наявність соціальних зв'язків настільки важлива, що вже тільки їх недостатність вважається важливою причиною розвитку стресу. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння хворого й відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, в якому душевному стані перебуває пацієнт, лікар має уміти взаємодіяти з ним, домагаючись вирішення професійних завдань.

Професійно значимою якістю медичного працівника є також *комунікативна толерантність* (один з аспектів комунікативної компетентності) — терпимість, поблажливість, володіння власними емоціями, здатність контролювати свої реакції й згладжувати власне сприйняття суб'єктивно неприємних індивідуальних особливостей пацієнтів. Хворий може викликати різні почуття, але психологічна підготовка лікаря має допомагати лишатися в рамках професійної ролі, запобігати конфліктам або виникненню неформальних відносин, коли замість рольової структури «лікар — хворий» виникають відносини конфлікту, психологічної близькості, залежності або любові.

Емоційна стабільність — контроль над емоціями й поведінкою, що допомагає уникати «психологічних зривів». Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру, лякають і насторожують, але й астенизують, стомлюють. І, навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, викликає в пацієнта почуття захищеності, сприяє встановленню довірливих стосунків.

Емпатія — здатність до співчуття, спільного переживання, жалю, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань хворого. Сучасне розуміння емпатії як проникнення у внутрішній світ іншої людини передбачає наявність трьох її видів:

- емоційна емпатія — заснована на механізмах ототожнення й ідентифікації;
- когнітивна (пізнавальна) емпатія — базується на інтелектуальних процесах порівняння й аналогії;
- предикативна емпатія — проявляється здатністю до прогностичного уявлення про іншу людину, що базується на інтуїції.

Хворий допитливо й уважно вивчає лікаря: його одяг, манеру розмовляти, ступінь доброзичливості й співчуття. Тому лікар має володіти високорозвиненою здатністю до емпатії й це може бути особливо корисним у випадках невідповідності висловлюваних хворим суб'єктивних скарг щодо об'єктивної клінічної картини. Але надлишкова емоційна «включеність» у переживання хворого, властива молодим лікарям, може призводити до хронічних емоційних перевантажень і розвитку синдрому емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання — специфічна професійна деформація осіб, які працюють у тісному емоційному контакті з пацієнтами при наданні медичної допомоги, що суб'єктивно проявляється психічним виснаженням, песимізмом, нездатністю віддаватися роботі, негативним ставленням до пацієнтів як до джерела хронічної психотравматизації.

У лікарів-жінок емоційне виснаження розвивається стрімкіше, ніж у чоловіків. Особливо вразливими є гуманні, м'які, схильні до ідеалізації оточуючих люди, які одночасно вирізняються емоційною нестійкістю, інтровертністю.

При дослідженні «синдрому емоційного вигорання» виділяють три фази його розвитку.

Перша — «фаза напруги», провісником і пусковим механізмом її є фіксований стан тривожної напруги, на тлі якого спостерігаються ознаки послаблення контролю над емоційними реакціями й поведінкою в цілому: зниження настрою, дратівливість, імпульсивність.

Друга фаза — «фаза опору», поява захисного стереотипу поведінки по типу уникання, обмеження емоційного реагування у відповідь на незначні психотравмуючі впливи. «Економія емоцій», обмеження емоційної віддачі спрощує й скорочує процес спілкування, надаючи йому рис поверховості й формалізму. Переносячись за межі професійної діяльності це скорочує спілкування в усіх сферах життя, що призводить до регламентованості й вибіркової міжособистісних взаємодій. У висловлюваннях такого медика можуть з'явитися ознаки цинізму, холодної байдужості чи навіть ворожості.

Третя фаза — «фаза виснаження», характеризується зниженням енергетичного тону, психовегетативними порушеннями. Виникає почуття безнадійності, безперспективності всього, тривога з ознаками дезорганізації психічної діяльності (зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги), схильність до соматизації у вигляді різних болісних відчуттів, порушень серцево-судинної та інших фізіологічних системах.

По мірі набуття досвіду лікарі, як правило, навчаються «дозувати» ступінь емпатичних проявів. Емоційна «включеність» має важливе значення на початку спілкування із хворим, при встановленні психологічного контакту. Надалі глибина емоційної взаємодії може бути значно зменшеною, підвищуючись лише на найбільш значимих етапах діагностики й те-

рапії. Потреба в особливому емоційному напруженні лікаря виникає, наприклад, при необхідності переконати вагітну жінку пройти болісну діагностичну процедуру, при спілкуванні з депресивними хворими, які мають суїцидальні тенденції, або ж при контактах із пацієнтами, які перенесли тяжку психічну травму.

Сенситивність до відторгнення — чутливість до появи невдоволення пацієнта ходом лікування, що дозволяє лікареві підтримувати своєрідний «зворотний зв'язок» і оперативно коригувати свою поведінку. Чутливість не повинна бути надто високою, адже непевність у власній професійній спроможності може стати причиною психічної травматизації.

Не менш широким є перелік вимог, що висуваються до психологічних якостей акушерок. Перш за все, вони мають володіти даром спостережливості, аби ефективно використовувати час, який проводять поряд із жінками в пологовому відділенні. Кризові процеси перинатального періоду вимагають оперативного реагування, а раннє виявлення патологічних проявів має неоціненне значення з точки зору ефективності надання необхідної допомоги.

Надаючи великої уваги спостереженню за породіллями, акушерка має не менш пильно слідкувати за дотриманням умов соціального та гігієнічного характеру, які сприяють благополучному перебігу вагітності та пологів.

Професійна діяльність в акушерстві ставить високі вимоги до особистісних якостей спеціаліста. Зокрема, надзвичайно важливим є поєднання терплячості, здатності опановувати свої емоції зі швидкістю реакцій та чутливістю до змін у критичних ситуаціях. Нелегко поєднувати доброзичливу дбайливість із раціональною рішучістю, а оптимізм із критичним аналізом.

В акушерстві неможливо рівномірно розподіляти навантаження на весь період робочого часу. Тому в періоди пікових навантажень фахівець має виявити свої вольові якості (витримку, працездатність, наполегливість та ін.). До того ж, виконання деяких медичних процедур вимагає неабиякого, доступного далеко не кожному самовладання. Допомогти перебороти ці труднощі може дисциплінованість, яка має проявлятися не тільки чітким виконанням інструкцій на робочому місці, але й зваженою та скромною поведінкою в побуті.

9.2.4. Невербальні елементи діагностичної комунікації

Невербальна комунікація лікаря й пацієнта в рамках діагностичного процесу не менш важлива, ніж власне словесне спілкування. Під час спілкування досвідчений лікар не тільки активно оцінює зовнішні ознаки, що дозволяють оцінити психічний стан пацієнта, але й одночасно посиляє йому певні невербальні сигнали, що сприяють встановленню психотерапевтичного контакту.

Зокрема, це стосується такого важливого елементу взаємодії, як погляд (контакт очима). Люди спокійні, із високою самооцінкою, задоволені собою й своєю життєвою ситуацією, при міжособистісній взаємодії дивляться в очі співрозмовникові частіше, ніж невпевнені та емоційно нестійкі. «Блукаючий погляд», як правило, є ознакою дискомфорту, амбівалентної установки. Погляд, що триває від 3 до 10 секунд, можна вважати пильним, він викликає напругу і дискомфорт, а його тривалість більше 10 секунд свідчить про конфронтацію або ж є елементом сексуальної провокації.

Тому на самому початку діагностичної бесіди лікар має на 2-3 секунди впевнено й доброзичливо подивитися в очі своєму співрозмовникові, даючи зрозуміти, що готовий уважно його вислухати. Цього зазвичай буває достатньо, аби відчуті психологічний контакт, не викликаючи роздратування. Переконавши пацієнта поглядом у надійності та міцності психологічного контакту, можна переходити до питань про мету візиту.

У ході взаємодії партнери по спілкуванню можуть розташовуватись по-різному. Уважне спостереження за тим, які позиції займаються, допомагає «прочитати» психологічний підтекст взаємин.

Виділяють кілька основних позицій:

1. **Позиція «віч-на-віч»** навпроти один одного — містить у собі елемент конфронтації і властива ситуації загострення відносин при конфліктах. У терапевтичній ситуації цієї позиції варто уникати.
2. **Позиція «поруч», «пліч-о-пліч»** — позиція співробітництва, партнерського спілкування між людьми, яких пов'язує взаємна довіра та спільні цілі.
3. **Спілкування «через стіл»** — несе в собі елементи відносин у рамках моделі «керівник-підлеглий», із рольовим розподілом і виконанням нормативних заборон і приписів, що регламентують спілкування. Подібні взаємини практично виключають довірливість, тому в кабінеті лікаря стілець пацієнта ставиться не навпроти, через стіл, а збоку від столу.

Велике значення для оцінки стану співрозмовника має його поза, що може бути симетричною чи асиметричною. Симетрична поза — елемент формального спілкування, що нівелює індивідуальні розходження так само, як це робить уніформа. Їй надають перевагу люди замкнені, стримані, із високим самоконтролем, недовірливістю, підозрілістю. Асиметрична поза, навпаки, свідчить про відкритість до спілкування, готовність до співробітництва.

Пози бувають також закритими й відкритими. Закриті вказують на небажання спілкуватися, уникання контактів. Їх характерними елементами є схрещені на грудях руки («поза Наполеона»), схрещені ноги

(нога на ногу), кисті рук у кишенях або за спиною, корпус тіла й голова розвернуті від партнера, погляд спрямований не в очі співрозмовникові. Відкрита поза характеризується протилежними ознаками: корпус тіла й голова повернені у бік співрозмовника, прямий погляд. Це свідчить про готовність до контактів, міжособистісної взаємодії.

Лікареві в ситуації професійного спілкування бажано використовувати невимушені відкриті пози. Особливо важливим це буває на самому початку спілкування, при встановленні психологічного контакту. Варто враховувати те, що під час вислуховування скарг не бажано відкидатись назад у кріслі, бо пацієнт може сприйняти цей рух як ознаку нудьгування або недовіри до своїх слів. Якщо ж навпаки, лікар слухає ледве нахилившись вперед і зрідка киваючи головою в такт словам — це є ознакою зацікавленості та співучасті.

Багато говорить про психічний стан пацієнта його жестикуляція. Активні, надмірно інтенсивні жести спостерігаються переважно в стані тривоги, а також при маніакальному збудженні. Депресивний стан пов'язаний із домінуванням статичних одноманітних поз, скупих жестів, міміки скорботи й суму.

Дуже інформативно є міміка пацієнта, особливо в нижній частині обличчя. При гарному самопочутті й високому життєвому тонусі лінія рота виглядає прямою, а про сум, депресію та втому свідчать опущені куточки губ. Надмірна усміхненість із постійно піднятими куточками губ, як правило, є ознакою невпевненості в собі та прагнення здобути схвалення й підтримку оточуючих. Ще одна показова деталь нижньої частини обличчя — носогубна складка, вираженість якої вказує на інтенсивність пережитих емоцій.

У верхній частині обличчя звертає на себе увагу лобовий м'яз. Горизонтальні лінії зморшок у поєднанні з піднятими бровами, широко розкритими очима й напіввідкритим ротом супроводжують міміку подиву. Вертикальні лінії чола, насуپлені брови, прищурені очі з віялом зморшок в куточках і стиснена лінія рота відображають гнів, злість.

Наближаючись до кінця бесіди, лікар може поступово нахилитись ближче і в якийсь момент, уникаючи різкості в рухах, торкнутись руки хворого, даючи йому можливість звикнути до скорочення міжособистісної дистанції. Таким чином відбувається підготовка пацієнта до фізичного контакту (пальпації, перкусії, аускультатії).

Огляд хворого здійснюється комфортніше, якщо він при цьому перебуває в процесі вербальної комунікації. Супутні питання демонструють те, що лікар не тільки досліджує соматичні функції, але й надає великого значення психологічній, суб'єктивній стороні патологічного процесу. Такий підхід робить взаємини більш довірливими.

9.3. Особливості психіатричного обстеження в перинатології

Перинатальні процеси створюють особливу ситуацію для діагностики та лікування психічної патології. З одного боку, кризові процеси вагітності та пологів провокують виникнення порушень психічної діяльності, а з іншого, психіатр виявляється досить обмеженим у своїх діях з огляду на особливості фізіології жінки в цей період.

Передусім, починаючи обстеження вагітної жінки або породіллі, лікар-реві-психіатру ніколи не варто забувати про основні засади професійної техніки безпеки:

1. Зібрати інформацію про психічний стан пацієнта до зустрічі з ним.
2. При необхідності надати можливість втілювати методи фізичного утримання кваліфікованому персоналу.
3. Бути готовим до різноманітних проявів агресії з боку пацієнта.
4. Потурбуватися про безпечність навколишньої обстановки, наприклад, залишити відчиненими двері, прибрати предмети, що можуть бути використані для нападу.
5. У випадку необхідності, забезпечити присутність допоміжного персоналу під час бесіди з пацієнтом.
6. Не вступати в конфронтацію зі хворими, що вирізняються параноїдною налаштованістю.

Безпосередньо ж у психіатричній діагностиці провідне місце належить клінічним та параклінічним методам обстеження.

Серед клінічних методів діагностики в психіатрії виділяють:

- 1) спостереження за поведінкою;
- 2) опитування (бесіду);
- 3) аналіз суб'єктивних та об'єктивних анамнестичних даних;
- 4) клінічне обстеження соматичного стану та стану усіх сфер психіки.

9.3.1. Спостереження

Лікар починає спостереження від першого контакту із хворим. При збудженні аналізують його особливості: цілеспрямовані дії чи хаотичні стереотипні рухи, вигуки, міміку, реакцію на оточення. При загальмованості потрібно оцінити ступінь її тяжкості. Під час бесіди відзначаються особливості вокальних інтонацій, жвавість мімічного реагування, жестів, а також особливості мови (темп, гучність, плавність). На поведінку можуть чинити значний вплив галюцинації (пацієнт приглядається до неіснуючих речей, прислухається, принохується) і маячення (параноїальність і настороженість, раптова агресія).

Для оцінки **зовнішнього вигляду** необхідно звернути увагу на його відповідність віку, манеру одягатись, охайність, характерні пози та жести, вираз обличчя.

Комунікабельність і поведінка під час бесіди й тестування дають інформацію про сформованість соціальних навичок спілкування та взаємо-

дії, рівень моторного збудження, ставлення до факту бесіди й адекватність поведінки ситуації.

Коли людина говорить на незручну для себе тему, вона починає затинатися, неправильно будує фрази, у мові з'являються «слова-паразити». Уповільнена мова може свідчити про втому, зневіру та сум. Іноді вона є частиною психологічного портрету людей, схильних до зарозумілості й снобізму, які таким чином нав'язують оточуючим незручний для них повільний темп розмови. У клініці повільна мова характерна для депресивних та астенизованих пацієнтів. Прискорена мова на фоні психічного здоров'я зустрічається зазвичай у трьох випадках: у стані страху й тривоги, під час розповіді про інтимні проблеми або ж на фоні сильного бажання умовити чи переконати співрозмовника. Як психопатологічний симптом вона є проявом прискореного мислення (тахіфренії) й переважно входить до синдрому комплексу тривоги, але може зустрічатися й при маніакальному стані.

9.3.2. Бесіда

Інтерв'ю (бесіда, опитування) як суб'єктивний метод обстеження виконує ряд функцій. По-перше, має пізнавально-інформативне значення, відіграючи провідну роль у встановленні типології особистості хворого, характеру його реакцій на психологічні стреси загалом та ставлення до конкретного захворювання зокрема. По-друге, вона має важливе комунікативне значення, адже отримана повнота відповідей прямо залежить від ступеня довіри пацієнта.

Стандартизована схема діагностичного опитування зазвичай виглядає так:

1. Вислуховування скарг.
2. Збір інформації про анамнез хвороби й життя.
3. Послідовне опитування та обстеження органів і систем.
4. Надання попередньої інформації про характер проблематики та наступних дій для встановлення діагнозу.
5. Аргументування необхідності подальшого обстеження.
6. Інформування про існуючі оптимальні способи лікування.
7. Надання пацієнтові можливості задати питання.
8. Визначення індивідуальної тактики лікування.
9. Пояснення механізмів дії та способів прийому медикаментів.
10. Попередження про можливі небажані ефекти.
11. Підведення резюме з метою створення в пацієнта відчуття впевненості в позитивному результаті терапії за умови дотримання рекомендацій лікаря.

Діагностична розмова із пацієнтом є вищим проявом лікарського мистецтва. Від звичайного опитування інтерв'ю відрізняється тим, що має живий діалогічний характер і дозволяє не тільки ідентифікувати явно про-

поновані ознаки, але й розпізнавати приховані. Звичайне спілкування дає досвідченому спеціалістові можливість оцінити в загальних рисах соматичний і психічний стан пацієнта, його ставлення до хвороби. Навіть не вступаючи в діалог при зборі скарг та анамнезу, лише уважно слухаючи пацієнта, лікар має змогу отримати цінну інформацію щодо психічного статусу співрозмовника, таким чином готуючи сценарій наступної бесіди.

Існує ряд психологічних механізмів, що можуть ускладнювати або спотворювати діагностику. Нівелювати їх вплив допомагає дотримання певних універсальних принципів ведення інтерв'ю:

1. **Принцип однозначності й точності** — однозначне формулювання питань, що не допускає різних трактувань того, про що запитує діагност.
2. **Принцип доступності** — звертання до пацієнта зрозумілою йому мовою, що відповідає його соціальному статусу, рівню знань, словниковому запасу, культурним особливостям.
3. **Принцип адекватності** вимагає уточнення змісту загальних термінів, якими користуються пацієнт і лікар, для виключення можливості невірної інтерпретації відповідей.
4. **Принцип неупередженості** передбачає контроль діагноста над тим, чи не нав'язує він пацієнтові своїх установок, чи не закладає відповіді в саму конструкцію питання.

Але навіть при суворому дотриманні наведених вище принципів побудови інтерв'ю у кожному конкретному випадку все ж присутня значна індивідуальна специфіка, що залежить від особистісних рис пацієнта, рівня його освіти, тяжкості патології.

Для успіху бесіди важливе значення мають зовнішні форми поведінки лікаря, тому починаючи курацію слід пам'ятати основні та деонтологічні норми цієї процедури. Зокрема, зовнішній вигляд куратора має відповідати загальним вимогам щодо медпрацівника: охайний одяг, прибране довге волосся, вкрай небажані яскрава провокуюча біжутерія, макіяж і т.п.

Починаючи бесіду, слід враховувати ставлення до неї пацієнта. У дуже багатьох хворих по відношенню до психіатра існує недовіра й настороженість. Психіатрів часто бояться, за ними вбачається якась таємнича влада, межі якої розуміються абсолютно неправильно. Це не означає, що потрібно приховувати від пацієнта мету опитування або видавати себе за когось іншого. Лікар несе певну частку юридичної відповідальності за свої дії, а тому не повинен вводити когось в оману чи давати заздалегідь нереалістичні обіцянки. Одночасно він не є й пересічним співрозмовником, тому розмови на теми, які не стосуються конкретної мети курації, також є небажаними.

Опитування проводять за відсутності рідних і близьких пацієнта. Безпосередньо ж розпитування можна побудувати трьома основними способами.

1. «Хаотичний» — недосвідченими лікарями питання задаються не-послідовно, без попереднього обмірковування. Вони стосуються не тільки різних аспектів психічного стану, але й анамнестичних відомостей, часто не пов'язаних із концепцією діагностичного процесу.

Виявлені психопатологічні симптоми не уточнюються або, навпаки, піддаються зайвій деталізації, що заважає розпізнаванню інших, супутніх симптомів. Найчастіше хочуть виявити маніфестні психопатологічні розлади: маячення, галюцинації, ажитацію і т.д. Їх відсутність або неможливість виявлення заганяють куратора в глухий кут і подальше обстеження стає ще більш хаотичним.

2. Схематичне розпитування — лікар веде бесіду, дотримуючись тієї чи іншої схеми послідовності виявлення психопатологічних розладів. Зміст питань та їх послідовність зазвичай не модифікуються залежно від отриманих відповідей. Ініціатива, як і в першому варіанті, належить лікареві.

3. Вільне розпитування — передбачає обов'язкову активну роль самого хворого в бесіді й побудову питань лікаря залежно від отриманої інформації. Психопатологічні симптоми виявляються з усього контексту розмови, а не окремих висловлювань.

Для реалізації такого підходу потрібно викликати в пацієнта бажання самому розповідати про себе. Кращий спосіб спонукати його говорити — уважно вислуховувати сказане. Потреба висловитися перед лікарем існує в явній або в прихованій формі майже в усіх хворих. Досвідчений лікар не перебиває перебіг думок пацієнта, дає йому можливість виговоритися, відзначаючи про себе найбільш значиму інформацію, яку пізніше уточнює додатковими питаннями.

Перший із описаних способів є неприйнятним, а решта використовуються залежно від обставин. «Схематичне» опитування доцільне при обстеженні хворих на маніфестні психози або в умовах браку часу, зокрема, при експрес-діагностиці. «Вільне» розпитування краще себе показало в малій психіатрії, для діагностики неврозів і психопатій. На практиці обидва способи часто поєднуються: починають зазвичай із «вільного» розпитування, а потім, коли клінічна картина починає прояснятися, переходять до «схематичного».

Починають бесіду зазвичай із того, що слугує причиною звертання до психіатра. Медична деонтологія вимагає, щоб лікар підтримував моральний стан пацієнта доречними репліками, підкреслюванням позитивного змісту навіть незначних змін стану його здоров'я. Констатація ніби мимохідь виявлених у ході огляду позитивних ознак (наприклад, «тони серця у вас звучні», «пульс гарного наповнення», «легені чисті») надихає хворого, особливо якщо мова йде про вагітну жінку, посилює бажання активно співпрацювати заради успішного подолання труднощів на шляху до материнства. У той же час, необережне слово лікаря, його байдужість або безвідповідальне ставлення може виявитися етіологічним чинником ятрогенії.

Бесіду необхідно вести спокійно, ввічливо, ставлячи питання чітко, у зрозумілій формі, звертаючись на ім'я та по-батькові. Завжди потрібно зберігати дистанцію, не допускати фамільярності, але при цьому намагатись досягнути довіри й відвертості у спілкуванні. Чемний тон розмови сукупно з повільними, обережними рухами, створює атмосферу доброзичливості, заспокоює пристрасті, надаючи куратору можливість спрямувати розмову в потрібне русло. Але зайве прагнення підкреслити своє доброзичливе ставлення дуже часто підводить, тому що при цьому легко втрачаються природність і правдивість. У діагностичній роботі з психічно хворими неприпустимі приторність, лицемірство, фамільярність, іронія, поблажливий тон. Нерідко психіатри перед початком бесіди звертаються до хворих зі словами, призначеними їх заспокоїти: «не хвилюйтеся, візьміть себе в руки, зосередьтеся, не поспішайте» і т.п. Ефект від подібного переважно буває прямо протилежним бажаному.

Велике значення має мова медика: вона має бути лексично правильною, вільною від вульгарних оборотів, помірною за темпом, виразною. При підозрі на те, що хворий не зрозумів питання, його необхідно повторити. Гучність мови сама по собі не є способом ефективного психологічного впливу. Але поєднання гучності й частоти мови сприймається як ознака конфліктних взаємин і може викликати агресію. Сказане ж на тлі елементу більш тихим спокійним але твердим голосом викликає зацікавленість, повагу до витримки лікаря.

Збір інформації вимагає уміння лікаря чітко формулювати питання, які ділять на закриті й відкриті. Закриті питання передбачають коротку відповідь, підтвердження або заперечення, їх використовують для одержання конкретної інформації. Відкриті ж питання дають можливість поглибленої, розгорнутої відповіді і можуть включати не тільки опис, але й суб'єктивну оцінку симптому.

У випадках опитування хворих, які знаходяться у психотичному стані, стримана манера поведінки лікаря виправдовує себе протягом усієї бесіди. У випадку ж ясної свідомості пацієнта, манера спілкування може зазнавати змін залежно від обставин. Маючи справу із немаячними маніфестними проявами психічних розладів, бажано здійснювати опитування за допомогою прямо поставлених питань. Але наявність вираженого маячення робить хворих тією чи іншою мірою недоступними для продуктивного спілкування. У таких випадках питання краще ставити в непрямій формі, тим самим провокуючи бажання співрозмовника розповісти те, що він намагався приховати. Наприклад, якщо у хворого запідозрене маячення збитку, то доцільно спочатку запитати його про будинок, квартиру, ставлення до сусідів. Зазвичай він не втримається, щоб не виказати при цьому власні маячні ідеї. Слід пам'ятати, що більшість психічно хворих, незалежно від рівня свого інтелектуального розвитку та отриманої освіти, використовують для описання хворобливих переживань однотипні слова,

а нерідко й вирази. Якщо, наприклад, хворий говорить: «Я знаю і Ви знаєте», «Вам і так все відомо» і т.п. — визначення статусу як маячного є найбільш імовірним. Уловлювання на слух і запам'ятовування таких словесних «матриць», допомагає достовірному визначенню того або іншого симптому.

Надзвичайно важливим є уміння не тільки просто й переконливо говорити, але й уважно та терпляче слухати. Активне вислуховування скарг — це елемент психотерапії. Вислухати хворого — значить уже полегшити його стан. Ретельне розпитування, увага до здавалося б незначних скарг — одна з причин, чому певний контингент пацієнтів вважає за краще лікуватися в гомеопатів, а в низці випадків — в осіб, які навіть не мають медичної освіти. Останні часто є хорошими слухачами, звертаються до «Я» пацієнтів, співчують їх настрою та бажанням, а тому нерідко допомагають у випадках, де дипломований лікар виявляє психотерапевтичну некомпетентність.

Лікар, надаючи пацієнтові можливість вільно висловлюватися, може деякою мірою забезпечити реалізацію такого терапевтичного механізму як **катарсис**. Це поняття ввів ще Аристотель, який стверджував, що через співчуття і страх досягається очищення (катарсис) духу. Як синонім вживається термін «відреагування». У психоаналізі катарсис описаний як один із центральних терапевтичних механізмів, що забезпечує звільнення від негативного емоційного досвіду (переживань) шляхом його відреагування (актуалізації). У бесіді з лікарем часткове відреагування негативних емоційних переживань, пов'язаних із болем та стражданнями, знижує напруження й тривогу в пацієнта.

Але надаючи хворому можливість невимушено розповісти про свої переживання, потрібно все ж зберігати важелі керування ходом розмови. Не слід обривати на півслові, якщо надто детально описуються факти чи пацієнт говорить не по суті. Проте, якщо розповідь малоінформативна, то через 3-5 хвилин варто скористатись першою ж паузою у розмові, підвести співчутливий підсумок сказаному й далі ввічливо все ж спрямувати бесіду в потрібне русло, задаючи додаткові скеровуючі питання. У разі, якщо хворий відзначається багатомовністю, виявляє дратівливість і має проблеми із зосередженням уваги, слід спокійно повторювати одні й ті ж питання, можливо, м'яко, але наполегливо перефразовуючи їх. Робити це треба виважено, адже надлишок уточнюючих питань може заважати виявленню цілісної клінічної картини, виснажувати хворого та збивати з думки.

Потрібно пам'ятати, що мислення пацієнта може бути сповільненим під дією заспокійливих медикаментів, тому після питання має бути витримана певна пауза для очікування відповіді. Іноді використання паузи надає більшої ваги сказаному, підкреслює його значимість. Однак занадто довга пауза викликає напругу, і що довше вона триває, тим більше зростає рівень напруги. Такі паузи свідомо використовують психотерапевти

при роботі із групами хворих, як засіб провокації емоційної «розрядки» з реагуванням і наступною релаксацією. У психодіагностичній бесіді такий ефект, як правило, є недоречним. До того ж, у повсякденному спілкуванні запинки в мові на інтуїтивному рівні знижують довіру співрозмовника до сказаного, розцінюються як ознака нещирості, намагання приховати частину інформації. Тому грамотне використання пауз у бесіді вимагає від лікаря як високої фаховості, так і тонкого відчуття контексту ситуації.

Якщо хворий не бажає відповідати на питання, зміна напрямку розмови допомагає зняти зайву напругу, аби пізніше, за більш сприятливих умов, усе ж повернутися до потрібної теми. При категоричній відмові пацієнта відповідати найважливіші питання все ж мають бути задані і реакція на них занотована. Іноді виправданими є повторні питання, у тому числі з використанням фрагментів відповідей самого хворого: «Ви сказали ... повторіть будь-ласка ще раз». Зазвичай, якщо тільки це не хворий із параноїдним маяченням, це сприймається пацієнтом як намагання уважно вислухати його думку, і повторно він дає більш детальну відповідь.

Нерідко пацієнти під час бесіди починають плакати, що особливо актуальним є для вагітних жінок, які відзначаються плаксивістю іноді навіть на фоні фізіологічного перебігу вагітності. Не слід їх негайно заспокоювати. По-перше, як правило, плачуть хворі з легкими психічними розладами. По-друге, після того, як людина «виплачеться», настрої її, як правило, покращується й вона повертається до спілкування в значно кращому тонусі.

Вагомий відбиток на спілкування накладає особистість пацієнта. Якщо стосовно істерика іноді дозволені різкість і суворість, то психастеніки або сенситиви завжди краще реагують на м'якість, доброзичливість і тепло, тяжко переносячи брутальність і неделікатність. Але у кожному разі в розмові з пацієнтом лікар має бути лідером і вміти спокійно, впевнено й швидко зрозуміти його проблеми, вибрати лікарську тактику, що максимально забезпечує швидке та повне одужання.

Крім того, необхідно дуже обережно ставитися до висловлення поточних діагностичних припущень. Слова лікаря звучать переконливо, якщо вони опираються на точні результати обстеження.

Важливим є також те, якими саме словами лікар закінчує бесіду. У психології відомий «ефект краю»: найкраще запам'ятовуються початок і кінець зустрічі. Остання фаза спілкування «лікар-хворий», що завершує зустріч, має лише психологічне навантаження, її завдання — забезпечити хворому емоційну підтримку, вселити надію на швидкий і щасливий розвиток подій. Вона повинна супроводжуватись доброзичливим поглядом і жестом, що продовжують й одночасно запрошують пацієнта на наступну зустріч.

Тривалість діагностичної бесіди коливається в досить широкому діапазоні часу — зазвичай від 10-15 хвилин до години чи трохи більше. Тривала бесіда стомлює як лікаря, так і хворого. Про те, що хворий під час бесіди може втомитися, слід пам'ятати завжди. Хворий має право

виснажувати лікаря питаннями, але лікар, якщо клінічна картина хвороби в цілому для нього зрозуміла, має відкласти з'ясування не критично важливих психопатологічних тонкощів до іншого разу.

9.3.3. Скарги хворого

На початку курації, після загального знайомства слід запитати у пацієнта, які скарги він має стосовно стану свого здоров'я загалом. Вони можуть бути як психічного, так і соматичного характеру. Необхідно уважно вислухати все й на підставі отриманої інформації проводити уточнення. Послідовними питаннями з'ясовують наявність скарг стосовно головних органів і систем. Першочергову увагу надають скаргам психічного характеру, враховуючи здебільшого порушену здатність до адекватної самооцінки. При занотуванні цього розділу не слід використовувати спеціальні медичні терміни. Скарги мають бути описані в чіткій відповідності до стилістичних особливостей мови пацієнта.

За винятком нечисленних ситуацій, у першу чергу експертних, коли психіатр може зустрітися з аграваціями або симуляціями, в основі навіть незначних скарг психічно хворих лежать реальні причини. Неправильне розпитування, зокрема, недовіра лікаря до того, що йому повідомляють, ображає, дратує та озлоблює хворих, виступаючи найбільш частою причиною агресивних дій з їхнього боку. Недовіра лікаря не обов'язково висловлюється словами, дуже часто про неї красномовно свідчать інтонація, манера тримати себе. Все це не ховається від очей пацієнтів, які часто слідкують за своїми співрозмовниками іще уважніше, ніж ті за ними.

Захворювання психіки може призводити до анозогностичної внутрішньої картини хвороби, що має своїм наслідком заперечення будь-яких проблем з боку психіки, вперте небажання уточнювати стан певних психічних сфер, чи то пояснення госпіталізації якимись соматичними причинами («боліла голова»; «захворів шлунок» тощо). Хворий може знаходитися в стані затьмареної свідомості і бути неспроможним до продуктивного контакту з куратором. У такому випадку в розділі «скарги хворого» слід зазначити, що скарг на психічне здоров'я хворий не висловлює, вважає себе психічно здоровим. Залежно від обставин занотовують лише соматичні скарги, а потім зазначають, що внаслідок хворобливого стану психіки (обґрунтувати якого саме: скажімо, стан психозу із маячним сприйняттям навколишнього, чи оглушення свідомості зі сповільненою реакцією на сильні подразники) спілкування має вибіркового характер (вказати у чому саме він полягає) або ж є повністю непродуктивним. Психічно хворий може висловлювати наступні найбільш типові скарги.

Сфера свідомості:

- періоди (напади) виключення чи потьмарення свідомості під час яких хворий виглядає відстороненим або падає із судомами м'язів чи без них, усе це може супроводжуватися певними вегетативни-

ми чи судинними патологічними проявами (зазначити, якими саме); слід вказати тривалість і частоту таких випадків, їх безпосередні наслідки для здоров'я;

- періодичне (поступове, протягом певного часу чи постійне) погіршення (чи неможливість) усвідомлення власного «Я» (хибно себе називає, неусвідомлює свій вік, професію, схему тіла тощо) із зазначенням обставин, тривалості та частоти (наприклад, «скаржитись на те, що іноді відчуває себе іншою людиною»);
- періодичне (поступове, протягом певного часу чи постійне) погіршення (чи неможливість) усвідомлення поточного часу, місця перебування, власних дій, невпізнання рідних і близьких осіб — описується із зазначенням обставин, тривалості та частоти (наприклад, «часом не впізнаю місця, в якому знаходжусь, не можу сказати як туди потрапив»).

У разі виникнення скарг стосовно сфери свідомості, зазвичай додаються скарги за іншими сферами психіки, оскільки розпади свідомості тягнуть за собою низку порушень пізнавальної, мнестичної та інших функцій.

Сфера сприйняття:

- зниження або підвищення чутливості до зовнішніх подразників — світла, звуку, запаху, смаку, дотику («надто дратує голосна мова, звуки видаються різкими»; «дотики до тіла надто болючі»; «зовсім не відчуваю смаку їжі» тощо);
- зниження або підвищення чуттєвого тону сприйняття (наприклад, «сприймаю все блідим, розмитим, кольори тьмяні» або «всі предмети сприймаються надто рельєфно, мов обведені подвійним контуром, кольори яскраві, насичені»);
- невпізнання окремих предметів або їх якостей і властивостей (кольору, форми, призначення);
- порушення сприйняття свого тіла або окремих його частин (збільшення чи зменшення, відсутність або подвоєння окремих частин, зміна пропорцій, наявність додаткових органів тощо);
- болісні, нестерпні відчуття з боку внутрішніх органів (наприклад, «свербіж у шлунку, що поширюється на легені й серце; у грудях немов щось шкребеться» тощо);
- сприйняття двох різних подразників як одного (забарвлений звук, смак кольору тощо);
- порушення сприйняття предметів (збільшення чи зменшення їх розмірів, загальна зміна кольору, форми);
- невпізнання себе (тіла, голосу, обличчя);
- невпізнання та відчуження добре знайомої навколишньої реальності («усе навколо стало іншим, незнайомим, здається, що все бачу вперше»);

- сприйняття реально існуючих предметів та явищ як фантастичних, казкових образів («у складках штор вбачаю дивовижні стовбури дерев, у тріщинах на стінах — загрозливі посмішки» тощо);
- сприйняття неіснуючих предметів та явищ (голосів, людей, тварин, пахощів, смаків); обов'язково уточнюють, звідки вони походять (з голови, з окремих предметів, із середовища); які властивості мають (яскраві чи бліді, чіткі чи розмиті, безконтурні, рухомі чи нерухомі, елементарні у вигляді окремих звуків, спалахів світла чи складні, панорамні, сценopodobні); яке відношення мають до особи хворого (коментують його думки, поведінку, спонукають до тих чи інших дій чи взагалі не стосуються особисто); як сприймаються відносно реальності (як дійсність чи як потойбічні явища); якими почуттями супроводжуються (страх, тривога, озлобленість, екстаз, враження «нав'язаності»); коли виникають (під час засинання чи пробудження, вночі, вдень, після фізичного чи психічного перевантаження, без якихось передумов); відсутність чи наявність критичного ставлення до них.

Сфера мислення:

- періодичні неконтрольовані напливи різних за змістом думок, уявлень, образів (наприклад, «натоп думок як крига в повінь»);
- уповільнення мислення, котре хворий суб'єктивно відчуває як збіднення думок, обмеження їх кількості за одиницю часу (наприклад, «стало складніше думати, важко віднайти хоч якусь думку з цього приводу»);
- періодичні «зупинки» мислення (наприклад, «раптом усі думки кудись зникають, голова наче пуста»);
- нав'язливі думки, що суб'єктивно відчуються хворим як тягар, від якого не вдається позбавитися (наприклад, «весь час очікую, що з моєю дитиною трапиться щось зле»).

Сфера пам'яті та інтелекту:

- посилення чи загострення пам'яті, коли хворий легко пригадує різні дрібні деталі зі свого минулого життя або цитує великі розділи чи глави з книжок; таке порушення пам'яті може стати скаргою, тільки коли хворий ретельно спостерігає за змінами своєї психіки;
- послаблення пам'яті, коли хворий скаржиться на порушення здатності запам'ятовувати, зберігати та відтворювати інформацію;
- відсутність пам'яті на ті чи інші події що передують чи відбуваються слідом за певним чинником, наприклад, травмою голови; відзначається характер цього зв'язку (відсутність пам'яті на події, що передували дії чинника, сталися після дії чинника чи поєднання обох типів порушень);
- відсутність пам'яті на поточні події («не пам'ятаю, що сьогодні робив зранку, які страви їв на сніданок»);

- прогресуюча втрата пам'яті на події від щойно минулого до давнини (наприклад, «ще тиждень тому пам'ятав, коли останній раз лікувався, а зараз не можу пригадати»);
- відчуття прогресуючого зниження інтелектуальних здібностей (на явне лише при збереженні самокритики).

Сфера уваги:

- складність переключення уваги (наприклад, «складно перейти від одного заняття до іншого», «як почав про щось думати, не можу зосередитись на іншому»);
- нестійкість уваги (наприклад, «не можу закінчити жодної роботи, весь час щось відволікає»).

Емоційна сфера:

- надто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій («хвилину тому плакав, а зараз на душі пташки співають»);
- раптові напади дисфорії — дратівливої незадоволеності;
- відчуття смутку, туги, печалю; слід зазначити причину появи (без відповідних причин; внаслідок смерті рідної людини, внаслідок певних думок із укаванням яких саме), тривалість, частоту (постійно чи посилюється у певний час доби);
- відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події, що супроводжується суб'єктивно болісним відчуттям байдужості («став немов деревина, ніщо не викликає відгуку в душі, краще б страждав...»);
- відчуття загальної (генералізованої) тривоги, не пов'язаної із дією конкретних причин («щось невизначене непокоїть, місця собі не знаходжу»);
- напади розпачу, жаху, страху смерті з вираженими вегетативними проявами (панічні атаки) — слід вказати передумови, тривалість і частоту;
- різноманітні страхи, у тому числі нав'язливі, що супроводжуються критичним ставленням до них; слід зазначати їх зміст (страх забруднення, замкненого приміщення, захворювання тощо), і наявність підстав; страхи можуть бути неконкретизованими: «відчуваю загальний страх... має статись щось жахливе».

Сфера волі. Скарги щодо вольової сфери можуть стосуватися інстинктів і потягів. Скарги щодо інстинктів:

- хворобливе посилення або послаблення апетиту (наприклад, «їм і не можу наїстися» або «будь-які страви викликають огиду»);
- спотворення харчових потреб, коли виникає бажання їсти неїстівне;
- немотивований страх за своє життя;
- посилення або послаблення статевого потягу;
- статеві збочення, якщо вони мають суб'єктивно обтяжливий характер, виливаються у скарги тільки при достатній відвертості хворого із куратором;

- бажання накласти на себе руки (суїцидальні тенденції); дуже важливо визначити, чи хворий має на увазі пасивні думки про небажання жити, чи обмірковує певний спосіб, чи було подібне раніше, чи займався відповідними приготуваннями й чи мав незакінчені спроби самогубства.

Скарги щодо порушення потягів (вольового контролю):

- внутрішня млявість, знесилення, відчуття виснаженості на тлі відсутності фізичних зусиль;
- прагнення до безцільного блукання — дромоманія;
- тривале перебування вдома із неможливістю виконувати більшменш велике навантаження;
- немотивований розпродаж домашнього майна й зубожіння;
- неконтрольований потяг до азартних ігор,
- імпульсивне підпалювання;
- немотивовані крадіжки;
- імпульсивна, неконтрольована пиятика — дипсоманія;
- імпульсивний потяг до насильства;
- прагнення до будь-яких інших нав'язливих дій (сміху під час урочистих заходів, нецензурної лайки в публічних місцях, ритуальне потирання рук, застібання та розстібання гудзиків тощо).

Слід пам'ятати, що деякі скарги хворі охоче викладають куратору, а деякі прагнуть приховати.

9.3.4. Анамнез життя та хвороби

Специфіка збору інформації про пацієнта в психіатрії характеризується необхідністю відокремлення суб'єктивного та об'єктивного анамнезів. Спочатку описуються відомості, отримані при безпосередньому спілкуванні з хворим, тобто «суб'єктивний анамнез». Але слід мати на увазі, що психічне захворювання накладає відбиток на світогляд і часто має своїм наслідком перекручення інформації. Хворий може умисно перекручувати відповіді, уникати певного кола питань, сподіваючись прискорити виписку чи вплинути на лікувальний процес. Можлива також маячна інтерпретація минулого, конфабуляції, амнезія. Якщо такі хворобливі спотворення мають місце, то це необхідно відзначити в історії хвороби. Окремо описують статус й окремо викладають суб'єктивний анамнез.

За таких умов важливе значення мають об'єктивні дані, отримані від людей, які близько спілкувались із пацієнтом. Назва «об'єктивний» є умовною, адже кожен опитуваний викладає своє суб'єктивне ставлення до пацієнта.

До даних об'єктивного анамнезу відносять:

а) дані лікаря, який став першим свідком захворювання, наприклад, лікаря психоневрологічного диспансеру;

- б) дані спостереження, бесіди та опису об'єктивного статусу;
- в) дані документів хворого (паспорт, листування, характеристики, амбулаторні карти, виписки тощо);
- г) поточна та архівні історії хвороби;
- д) відомості від рідних і знайомих пацієнта.

Не слід забувати й про те, що серед родичів душевнохворих часто зустрічаються психічні відхилення, котрі впливають на достовірність об'єктивного анамнезу. Найбільш повні відомості найчастіше повідомляють матері, а про хворих похилого віку — доньки. Розпитування родичів слід вести по черзі, інакше адресоване одному питання викликає одночасну відповідь іншого, що заплутує розмову. При одночасному розпитуванні родичів між ними можуть виникати розбіжності, суперечки, взаємні звинувачення. У тих випадках, коли психічне захворювання має непсихотичний рівень, в амбулаторних умовах доцільніше першим опитувати хворого. При наявності ж психозу краще спочатку опитати родича.

Анамнез життя (anamnesis vitae). При зборі анамнестичних відомостей необхідно з'ясувати преморбідні особливості хворого й ті характерологічні зміни, які відбулися за час хвороби. Відзначають особливості реагування на різні життєві обставини в динаміці розвитку хвороби. Відомості про характер слід виявляти не за допомогою прямо поставлених питань «чи був товариським, замкненим?» і т.п., а на підставі розпитування про повсякденне життя.

При зборі анамнезу звертають увагу не тільки на перенесені соматичні хвороби та інші екзогенні шкідливості (наприклад, алкоголізм), але й на вплив, який вони чинили на психіку хворого.

Клінічну картину доповнює ознайомлення лікаря з листами хворих, їхніми щоденниками, самоописом хворобливих розладів, а також із різними видами творчої діяльності (малюнки, вірші і т.п.).

Сімейний анамнез: наявність спадкової обтяженості, психічних відхилень у найближчих родичів (судомні напади, дивацтва поведінки, дисгармонійні риси характеру, спроби самогубства і т.п.). Слід також вказати наявність соматичної патології (судинні, ендокринні хвороби, туберкульоз, сифіліс) та шкідливих звичок (вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління) у сім'ї тощо.

Раннє дитинство: вік батьків на момент народження; особливості перебігу вагітності та пологів у матері; розвиток дитини: коли почав ходити, розмовляти; дитячі захворювання та їх наслідки; нічні страхи, судомні напади, нічне нетримання сечі, затинання; особливості поведінки та характеру тощо.

Шкільний період: коли почалось навчання, якою була успішність, чи була зацікавленість певними предметами; труднощі в навчанні, дублювання класів; коли закінчено школу та скільки класів; характерологічні особливості у шкільному віці тощо.

Юнацький період: де навчався й працював після закінчення школи; служба в армії (якщо не служив — з якої причини), особливості пристосування до армійських умов, конфлікти, дисциплінарні порушення; характерологічні особливості в юнацтві тощо.

Період зрілості: початок трудової діяльності, задоволеність працею, трудові конфлікти, професійні шкідливості, зміни професії та їх причини; особливості взаємин на роботі, з друзями, у сім'ї тощо.

Психосексуальний розвиток: вік настання статевої зрілості; нервово-психічні особливості в пубертаті; перша полюція (ойгархе) — для чоловіків, перша менструація (менархе) — для жінок; перший статевий зв'язок, його особливості; нинішнє статеве життя. У жінок також з'ясовують наявність в минулому вагітностей, пологів, абортів. Якщо пацієнт похилого віку, то з'ясовують вік настання клімаксу та особливості його перебігу.

Сімейне життя: час вступу до шлюбу, особливості стосунків у сім'ї, задоволеність сімейним життям, наявність конфліктів; кількість шлюбів і розлучень, їх причини; кількість дітей у сім'ї, взаємини із ними тощо.

Особливості преморбідного періоду: активність (інертність) поведінки, врівноваженість (неврівноваженість), стриманість (нестриманість), терплячість (дратівливість), відлюдькуватість (товариськість); коливання настрою, схильність до афективних реакцій і нервових зривів; хоббі, схильності й захоплення.

Зовнішні травмуючі чинники: перенесені хвороби, у т.ч. інфекційні, оперативні втручання, травми голови із втратою свідомості та їх наслідки, психічні травми; вживання алкоголю (з якого віку, частота, характер сп'яніння, разова «норма», наявність похмілля та похмеляння); вживання наркотиків або якихось лікарських засобів, речовин психотропної дії; паління тютюну.

Анамнез хвороби (anamnesis morbi). Цей розділ відображає динаміку психічного захворювання від перших проявів до теперішнього часу:

- з якого часу вважає себе хворим; якщо у пацієнта відсутня критика до свого стану, питання слід формулювати наступним чином: «З якого часу відчуваєте у собі зміни?», «Коли оточуючі стали вважати Вашу поведінку дивною?»;
- як починалася хвороба, у чому саме полягали зміни поведінки, дивацтва;
- власне ставлення до змін психічного стану: з тривогою, байдуже, зацікавлено;
- як реагували на це найближчі родичі, друзі (зі слів пацієнта);
- коли був уперше госпіталізований до психіатричної лікарні; тривалість лікування; наслідки на думку пацієнта;
- самопочуття та особливості поведінки під час ремісії;
- наступні госпіталізації (частота, тривалість, результати);
- зміни стану здоров'я останнім часом і причини нинішньої госпіталізації.

Хворий може взагалі заперечувати в себе будь-яку психічну хворобу. У такому разі слід обмежитися констатуванням дат минулих госпіталізацій і коректно поцікавитися, як він сам пояснює їх причини, особливо ретельно висвітлюючи теперішню ситуацію.

9.3.5. Соматичний, неврологічний і психічний статуси

Подальше обстеження відбувається шляхом визначення соматичного, неврологічного і психічного статусів.

Соматичний і неврологічний стани необхідно досліджувати згідно зі схемами, що застосовуються у відповідних дисциплінах.

Соматичний стан:

- загальний вигляд, статура — у хворих на нервову анорексію, алкоголізм, наркоманію, осіб із гормональними порушеннями, при маяченні, отруєнні, негативізмі може бути присутня кахексія; якщо діагностується ожиріння — слід вказати його тип і звернути увагу на загальну охайність хворого;
- шкіра й підшкірна клітковина — відзначаються татуювання, шрами, опіки, рубці від самопорізів, сліди від ін'єкцій, надмірна сальність шкірних залоз, можлива наявність странгуляційної борозни тощо; це може бути об'єктивним свідченням травм при розгорнутих епілептичних нападах, черепно-мозкових травм, наркоманій, суїцидів і т.д.;
- слизові оболонки — можлива сухість при депресіях, наслідки терапії нейрорептиками;
- суглоби та кістки — досліджуються наслідки травм, у т.ч. черепно-мозкових;
- дихальна система — згідно із загальноприйнятими схемами;
- серцево-судинна система — згідно із загальноприйнятими схемами;
- система травлення — звертається увага на порушення розмірів і консистенції печінки, підшлункової залози при алкоголізмі; здуття кишок при атонії, пов'язаній із лікуванням психотропними засобами або наркотизацією;
- сечостатева система — згідно із загальноприйнятими схемами;
- ендокринна система — порушення розвитку молочних залоз, вірилізм, зміни пропорцій тіла як наслідок ендокринопатій.

Особливо ретельним має бути соматичний огляд хворих, які не можуть висловити скарги. Якщо ж до психіатричного стаціонару потрапляє пацієнт без документів, то мають бути описані його основні зовнішні прикмети: зріст, тілобудова, колір очей і волосся, приблизний вік, татуювання, родимі плями і рубці на тілі, а також можливі фізичні вади.

Неврологічний стан. Неврологічне дослідження починають із визначення стану черепно-мозкових нервів. Перевіряють реакцію зіниць на світло, конвергенцію, акомодацию: вузькі зіниці (міоз) можуть спостерігатися при

опіатному сп'янінні, органічних ураженнях мозку, а широкі зіниці (мідріаз) спостерігаються при тяжкому депресивному стані, отруєнні атропіном, кокаїновому сп'янінні. Нерівномірність зіниць (анізокорія) і позитивний прямий симптом Арджіл-Робертсона (присутність реакції зіниць на світло та відсутність її на конвергенцію) можуть спостерігатись при сифілісі мозку. Екзофтальм, що супроводжується розширенням очних щілин, властивий тяжким випадкам тиреотоксикозу, пухлинам головного мозку, паралічу окуломоторних нервів. Гіперфункцію щитовидної залози супроводжує дратівливість, емоційна вразливість, безсоння, надмірна пітливість, підвищена недовірливість.

Під час обстеження також перевіряють оскал зубів, симетричність обличчя, язика, періостально-сухожилльні й черевні рефлекси; кон'юнктивальні та корнеальні рефлекси; виявляють наявність патологічних рефлексів Опенгейма, Росолімо, Бабінського, досліджують менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, симптоми Брудзінського, Керніга.

Важливе значення мають проби на координацію (пальцево-носова, на похитування у позі Ромберга та ін.);

Рефлекси слід описувати за наявністю, ступенем прояву, рівномірністю. Важливо описати так звані «мінімальні відхилення» (асиметрія інервації обличчя, сухожилкових рефлексів і т.п.), що може бути наслідком резидуального органічного ураження головного мозку.

Психічний статус. Психічний статус має такі основні параметри: зовнішній вигляд обстежуваного, комунікабельність і поведінка під час бесіди, настрої та емоції, інтелект, особливості сприйняття себе, часу й навколишньої реальності.

Особливості сприйняття себе, часу й навколишньої реальності характеризують здатність людини визначати час і місце, а також ідентифікувати себе. Таким чином характеризується рівень свідомості (ясна, сплутана, потьмарена), адекватність самооцінки, наявність порушень сприйняття.

Настрій характеризує поточний психологічний стан обстежуваного.

Інтелект характеризується словниковим запасом, рівнем освіти, запасом знань, здатністю розуміти зв'язок речей та явищ, робити висновки.

У процесі комунікації оцінюється й процес мислення: цілісність або розірваність, рухливість, доречність, деталізація.

Головні вимоги до написання цього розділу: повний і всебічно аргументований опис стану психічної діяльності, ілюстрований прямою мовою хворого та власним лікарсько-аналітичним висновком стосовно кожної сфери психіки та кожного з виявлених симптомів. Психічний статус не повинен носити констатуючий характер і містити спеціальні психіатричні терміни. Наприклад, не слід писати: «У хворого є маячення переслідування, фізичного впливу». Необхідно написати: «Протягом

останніх двох місяців хворому стало здаватися, що люди з його оточення ставляться до нього недоброзичливо, змінилася поведінка товаришів по роботі. Вони почали про щось шепотітися наодинці, підморгувати один одному і т.д.». Статус також не повинен відображати суб'єктивну думку лікаря, він має бути максимально об'єктивним, тобто опиратись на факти, а не їх інтерпретації.

При дослідженні психічного статусу слід дотримуватись певної послідовності викладення сфер психічної діяльності. Щодо кожної з них викладаються дані лікарського спостереження й опитування. Опитування проводиться цілеспрямовано з метою виявлення певних психопатологічних симптомів.

Послідовність дослідження психічних сфер:

а) *загальний вигляд хворого:* вираз обличчя, міміка, її пластичність, виразність; особливості ходи; поза.

Оцінка починається з моменту входу в кабінет лікаря. Наприклад, при псевдопаркінсонічних розладах, викликаних тривалим вживанням нейролептиків, міміка стає застиглою, рухи скутими, хворий пересувається дрібними кроками, рухи рук, що супроводжують ходу, відсутні, відзначається тремор кінцівок, непосидючість.

б) *ступінь та адекватність мимічного й мовного контакту з куратором:* контакт добрий, коли хворий охоче відповідає на питання і змістовно розповідає про себе; формальний, коли відповіді хворого скупі, одноманітні або односкладові; відсутність контакту — хворий мовчить, відвертається, уникає погляду («очний негативізм»), відмовляється від бесіди.

Хворий буває мовчазним, відлюдкуватим, відмовляється від розмови або ставиться до неї формально, відповідаючи одноманітними уривчастими фразами. Останнє є характерним для емоційно-вольового збідніння особистості при шизофренії, депресіях, органічному психосиндромі.

в) *стан свідомості:* орієнтування у місці, часі, власній особистості.

Якщо при з'ясуванні прізвища, імені, по-батькові, року народження, професії, місця перебування хворого та актуального часу він правильно відповідає на питання, можна зробити висновок про те, що алло- і аутопсихічне орієнтування збережене. Утім, наприклад, при деліріозному розладі свідомості хворий може бути дезорієнтованим у місці й часі, але правильно орієнтованим у власній особистості.

г) *розлади сприйняття* описуються згідно з виявленими скаргами, опитуванням за аналізаторами, спостереженням за поведінкою. Шляхом опитування можна визначити наявність ілюзій, галюцинацій, психосенсорних порушень. Слід докладно їх охарактеризувати: відносно аналізаторів, за складністю, проекцією, повнотою розвитку, суб'єктивним ставленням особи (див. розділ «Скарги хворого»). Якщо хворий прагне приховати деякі розлади, звертають увагу на особливості

його поведінки, що викликані порушеннями сприйняття. При слухових галюцинаціях можливе прислухання до неіснуючих «голосів», розмова з ними, інколи намагання врятуватись від них затиканням вух пальцями, ватою та ін. У випадку зорових галюцинацій можливе повертання голови до уявної картини, напружене стеження за нею, характерним є вираз обличчя. Інколи рухи при цьому відображають особливості контакту з галюцинаторними образами (хватування, скидання зі столу, з одягу, притискання та ін.). Переймаючись нюховими галюцинаціями, хворі можуть затикати ніс ватою, стискати його пальцями. Реагуючи на смакові обмани сприйняття кривлять обличчя, плюються. У випадку тактильних галюцинацій можливе почісування, раптове відсмикування кінцівок тощо. Частина хворих ставляться до галюцинацій із повною або частковою критикою, але можлива й тверда впевненість щодо їх реального існування.

д) *розлади мислення*: за темпом — нормальні, прискорені, сповільнені; за зв'язністю (послідовністю) та формою асоціацій — розірвані, незв'язані, паралогічні, а також резонерство, патологічна деталізація, персеверації, патологічний символізм, амбівалентність, неологізми; за адекватністю асоціацій — нав'язливі чи надцінні ідеї, маячення. Останні слід докладно характеризувати тематично й структурно (параноїдний чи парафренний характер), ілюструючи свої висновки прямою мовою хворого. Необхідно виділити особливості мови хворого: інтонації й модуляції голосу, виразність пауз, особливості мимічного супроводу певних (маячних, свідомо хибних) тверджень. Лікар має ретельно з'ясувати особливості мислення хворого, логічність його суджень і висновків, цілеспрямованість, критичність і грамотність побудови фраз. Поява в лексиконі нових, зазвичай не вживаних і незрозумілих оточуючим слів та зворотів мови, ознаки зайвої деталізації фактів мають бути детально описані в психічному статусі пацієнта.

Здатність до абстрактного мислення й узагальнення оцінюються шляхом постановки простих психологічних завдань, спрямованих на з'ясування розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, здатності відділяти головні ознаки від другорядних.

е) *розлади уваги*: складність переключення; концентрації; патологічне відволікання; зниження або повна нездатність до концентрації (ілюструвати прикладами спостережень за поведінкою та мовою хворого).

є) *порушення інтелекту*: відповідність віковому та освітньому рівневі (оцінки в атестаті, рівень загальних знань, відповіді на питання щодо улюблених предметів); рівень суджень і висновків, словниковий запас; здатність до абстрагування; оперування переносними поняттями й математичними категоріями; здатність коригувати свої вислови за підказкою; рівень навичок читання, письма; розуміння гумору; здатність вірно розуміти питання та інструкції — відразу чи з повторами й підказками тощо;

ж) *порушення пам'яті*: загострення; зниження; прогалини пам'яті із їх докладною характеристикою; якісні порушення — конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії;

з) *емоційний стан*: переважний фон настрою, його стійкість, прояви порушень настрою; емоційні реакції під час бесіди з куратором (приміром, значні перепади настрою, дратівливість, гнівливість, відсутність емоційної реакції, невиразність і скупість емоцій, надзвичайна емоційна збудливість при обговоренні певного питання, пожвавлення у відповідь на певне питання чи дію); розлади емоцій за силою, рухливістю, адекватністю; особливості емоційних реакцій хворого стосовно значимих для нього осіб (рідних, друзів, медпрацівників, осіб на котрих розповсюдилися маячні ідеї). Спостереження ілюструються описом міміки, фізіологічних проявів у відповідь на певні мовні чи поведінкові стимули куратора;

и) *ефекторно-вольова сфера*: адекватність, швидкість, довільність і цілеспрямованість рухів; наявність чи відсутність нав'язливих рухів (тіків, стереотипів та ін.), судомних проявів, парезів, астазії-абазії та інших моторних порушень (див. також розділ скарг); прояви цілеспрямованої активності хворого (плани на майбутнє — адекватність, щирість, доцільність, у разі інвалідизації — ступінь астенії, при шизофренії можливі абулічні прояви тощо); особливості поведінки хворого у лікарні згідно зі спостереженнями чергових — підпорядкування режимові відділка, ступінь співробітництва із медперсоналом, виконання інструкцій, фізичні навантаження, проведення вільного часу, особливості догляду за собою, чи є потяг до втечі та інших порушень режиму, відомості зі слів медперсоналу щодо проявів маячної, галюцинаторної, дисфоричної, апато-абулічної, психопатичної, негативістичної та іншої патологічної поведінки. Варто ідентифікувати особливості пристосувальної поведінки хворого: вона здебільшого буває гармонійною, конфліктною, регресивною або індиферентною. Наявність змін стану як нижчих так і вищих потягів — посилення, послаблення або збочення з їх докладною характеристикою. Особливу увагу слід надавати суспільно-агресивним та суїцидальним проявам. Питання слід формулювати коректно й обережно, виключаючи можливість індукції хворого власними припущеннями, вибираючи вдалий період часу та намагаючись внести максимальну ясність.

і) *особисте ставлення до обстеження та лікування*:

- позитивне, з критичним сприйняттям свого хворобливого стану, прагненням до співробітництва з медиками задля одужання;
- негативне, із відсутністю критичного ставлення до хвороби;
- байдуже чи з формальною критикою хвороби (ілюструвати прямою мовою хворого).

Іноді пацієнт на момент курації не виявляє ознак значних порушень психічної діяльності в розрізі встановленого діагнозу. Це може відбуватись внаслідок одужання, небажання розкривати інформацію щодо хво-

робливої поведінки тощо. У такому випадку рекомендовано до опису актуального психічного статусу долучати дані про хворобливі прояви, які спостерігалися напередодні.

В окремих випадках поведінка психічно хворих не відрізняється від поведінки здорових. Вони спокійно та цілеспрямовано відповідають на питання, адекватно орієнтовані. І тільки ретельне опитування пацієнта та його оточення дозволяє встановити наявність маячних ідей в його судженнях, зафіксувати напруженість мимики й погляду, що вказують на порушення душевної діяльності.

9.3.6. Додаткові методи обстеження

Після завершення та аналізу клінічних методів обстеження, за необхідності, переходять до додаткових методів обстеження.

Нейрофізіологічне обстеження: електроенцефалографія, реоенцефалографія, ехоенцефалографія.

Нейрорентгенологічні обстеження: краніографія, ангиографія судин мозку, комп'ютерна томографія голови, позитронно-емісійна томографія.

Дослідження спинномозкової рідини: люмбальна пункція з наступним виконанням реакції Ланге, Васермана, Кана, Закса-Вітебського, реакції іммобілізації трепонем (PIT), імуофлюоресценції (PIФ) та ін.

Дослідження крові та сечі: експериментально-психологічні дослідження, дослідження окремих сфер і комплексні стандартизовані методики.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ

Перинатальні процеси можуть сприяти гармонізації психічної діяльності, розвитку особистості, її дозріванню, але, з іншого боку, це потужний стрес, що провокує виникнення різноманітних психічних розладів невротичного й навіть психотичного регістру. Ризик розвитку таких ускладнень залежить від преморбідних властивостей особистості, соматичного здоров'я потенційних батьків, спадковості, соціально-економічних факторів. Найбільш складною з цієї точки зору, як правило, є перша вагітність.

10.1. Психопатологічні аспекти зачаття

Досить поширеною та надзвичайно психотравматичною для жінок є ситуація неможливості завагітніти або виносити дитину при наявності пристрасного бажання зробити це. Причиною може бути, наприклад, неготовність до такого продовження стосунків коханого чоловіка або ж безпліддя (лат. *sterilitas*).

Серед причин безпліддя на сьогодні домінують соматичні фактори, переважно ендокринного характеру, але психотравмуючі впливи теж можуть мати вирішальне значення. Значна частина випадків відноситься до «нез'ясованих», оскільки психогенний характер патології довести не вдається, і, у той же час, діагностується фертильність партнера, позитивний посткоїтальний тест і нормальна прохідність маткових труб у жінок із регулярними овуляторними циклами.

Психогенна дисменорея зустрічається, як правило, в емоційно нестабільних жінок, схильних до тривожно-депресивної симптоматики в афективній сфері.

Загалом, жінок, які страждають на психогенне безпліддя, можна класифікувати наступним чином:

- 1) незрілі, чутливі та по-дитячому примхливі, схильні до невротичних реакцій;
- 2) агресивно-домінуючі жінки, які не погоджуються визнавати свою жіночність;
- 3) гіперматеринські жінки, які свій материнський інстинкт спрямовують на чоловіка;
- 4) жінки, які присвятили себе фанатичному служінню певним ідеям.

Виділяють також фактори ризику розвитку психопатологічних реакцій у відповідь на факт безпліддя: молодий вік, невизначеність сімейного ста-

ну, відсутність постійного сексуального партнера, несподіваність повідомлення про інфертильність на фоні повного соматичного благополуччя. Важливу роль може відігравати також вплив релігійних переконань, які трактують народження дитини вершиною шлюбних стосунків: функцією сім'ї вважається її поповнення, а бездітність, таким чином, вказує на дисфункцію та дезорганізацію, «провал» базового завдання.

Безпліддя може бути результатом психологічного захисту після глибокої й тривалої психосоматичної напруги, пов'язаної з наявністю психогенних страхів перед вагітністю. Безпосереднім пусковим механізмом відповідної симптоматики стають тривожні очікування менструації на фоні страху завагітніти, перед загрозою абортів або, навпаки, за умови пристрасного але недосяжного бажання стати матір'ю. Іноді можливий глибокий конфлікт між свідомим бажанням завагітніти та неусвідомленою відмовою від материнства.

Одним із важливих питань при діагностиці стану безплідних пацієнтів є оцінка мотивів їх прагнення до материнства. Окрім традиційного прагнення до відтворення власного генофонду досить поширеним мотивом є потреба в турботі про дитину, прагнення отримувати задоволення від її виховання. Поряд із цим зустрічаються й такі мотиви: утримати чоловіка, заповнити порожнечу, підтримати сімейні традиції тощо. Досить багато жінок прагнуть вагітності взагалі не усвідомлюючи мету такого кроку, натомість ховаючи власну рефлексивність за пустими фразами про «більшу повноту життя» або «гармонізацію душевної рівноваги».

Тенденція до зростання поширеності відповідної патології надає цій проблемі великого соціального значення. Наслідком безпліддя є психосоціальна дезадаптація подружжя, за якою в більшій частині випадків настає й суто фізіологічне неблагополуччя. Всі ці три фактори тісно взаємопов'язані між собою: психотравматизація призводить до зниження працездатності й порушення соціальної активності. Результатом є почуття неповноцінності, психосексуальні розлади та сімейні конфлікти, тобто, додаткова психотравматизація.

Негативний вплив безпліддя на поведінку та свідомість людини, зокрема, пов'язаний із дистресом внаслідок розвитку так званого проблемного шлюбу. За визначенням ВООЗ, безплідним вважається шлюб, в якому, незважаючи на регулярне статеве життя партнерів дітородного віку, які не застосовують протизаплідні засоби, в дружини не виникає вагітність протягом року й більше.

Жінки емоційно переживають безпліддя значно тяжче за чоловіків. У той же час, при чоловічому безплідді три чверті дружин психологічно підтримують їх, а ось при жіночій інфертильності більша половина чоловіків із часом приймає рішення на користь розлучення. Найбільшої гостроти сімейні відносини досягають після 3 років безплідного шлюбу.

Звістка про безпліддя викликає в жінки думки про власну меншовартісність, «дефектність», слідом за цим може бути втрачено й відчуття власної сексуальної привабливості. Виділяють кілька етапів емоційного реагування на безплідність: здивування, заперечення, злість, горе, ізоляція і врешті згода.

Первинна реакція — це здивування, що переходить у шок і страждання. Потім настає етап відновлення після втрати. Цей процес ускладнюється депресивними переживаннями, тяжкими роздумами на тему «чому я?», іноді тяжко стримуваним гнівом. Виникає прагнення ізолюватися, зменшити контакти, що додатково ускладнює допомогу таким пацієнтам.

Іноді, у демонстративних особистостей відповіддю психіки на ситуацію неможливості народження дитини в умовах впливу потужного інстинктивно підкріпленого прагнення материнства є істерична вагітність — підсвідомо імітація зовнішніх ознак запліднення без розвитку ембріону.

Псевдовагітність може статися тільки один раз протягом всього життя. До групи ризику потрапляють жінки із нестабільною психікою, які перенесли переривання вагітності під зовнішнім тиском, втрату вже народженої дитини, або ж страждають на безпліддя. Переважаючий вік пацієнток із подібною симптоматикою коливається в межах від 30 до 45 років, рідкісними є випадки істеричної вагітності в молодих жінок. Розвитку клінічних симптомів, як правило, передують неодноразові безрезультатні спроби завагітнити.

Клінічна картина істеричної вагітності включає: аменорею, нудоту та блювоту, пігментацію сосків, нагрудання молочних залоз, іноді навіть виділення молозива. Хода і постава жінки стають характерними для вагітних, живіт збільшується внаслідок здуття кишечника, затримки газів і відкладення жиру в черевній стінці, часто відзначаються суб'єктивні відчуття ворухіння плода й навіть хворобливих пологових перейм, внаслідок посилення перистальтики кишечника або його спазму. Відомі випадки «відходження навколоплідних вод», що насправді виявляється некерованим сечовипусканням.

Цікавим клінічним феноменом є так звана «чоловіча псевдовагітність».

Синдром кувад (франц. *couver* — висиджувати пташенят) — форма істеричного неврозу, за якої близький до вагітної жінки чоловік (найчастіше статевий партнер) синхронно із нею переживає аналогічні соматичні симптоми та поведінкові трансформації.

Явища такого варіанту «псевдовагітності» виникають переважно у молодих чоловіків у віці від 20 до 28 років, які перебувають у першому шлюбі та з надзвичайним ентузіазмом очікують на поповнення в родині. Їх етіологічна природа лишається дискусійною, оскільки описані як психосоматичні, так і суто біологічні механізми розвитку.

Психоаналітики базовою причиною синдрому кувад вважають не-усвідомлене прагнення спокутувати провину перед матір'ю шляхом ідентифікації себе із нею (дружиною як заміною матері) та переживання її страждань при пологах. Неусвідомлена тривога й почуття провини належать до майже незмінних супутніх проявів «чоловічої вагітності» незалежно від її загальної клінічної варіабельності. Преморбідним ґрунтом для розвитку зазначеного вище патологічного симптомокомплексу, як правило, є інфантильно-істероїдний склад особистості з високим рівнем некомпенсованої тривожності та схильністю до психологічного перенесення, як механізму захисту особистості. Досить характерною також є ситуація виховання в матріархальних сім'ях, вибір пари під потужним тиском з боку матері та перенесення механізму психологічної залежності з матері на дружину після початку шлюбних стосунків.

З іншого боку, є дані про клінічно значимі гормональні зміни в організмі чоловіків, які тісно спілкуються зі своїми вагітними дружинами: падіння рівня тестостерону, підвищення пролактину, кортизолу й естрадіолу.

Клініка патологічних відчуттів чоловіка, який переживає синдром кувад, у загальних рисах відповідає тому, що відбувається із його дружиною, котра виношує дитину. Найбільш яскравими симптомами є збільшення грудей, нагрубання сосків, ранкова слабкість, нудота, зміни апетиту, збільшення ваги, болі внизу живота та в ділянці попереку. Якщо в неї змінюється апетит, він теж починає демонструвати екзотичні смакові уподобання, а коли вона відчуває болі при розходженні тазових кісток, то його страждання не обмежуються емоційним співпереживанням, а є відповіддю на неприємні відчуття у власному організмі. Локалізація хворобливих симптомів у такого чоловіка завжди відбувається в тому ж органі чи ділянці тіла, що й у його вагітної партнерші. Найчастіше мішенню імітації дискомфорту внаслідок вагітності є травна система, тому таких чоловіків часто помилково госпіталізують як пацієнтів інфекційного, терапевтичного або навіть хірургічного профілю.

Ці процеси супроводжуються емоційною лабільністю, дратівливістю, напруженістю, схильністю до вередування, егоцентризмом, зниженням толерантності до фрустрації. Така симптоматика вважається притаманною комплексу психічно-поведінкових трансформацій, властивих жінкам під час вагітності. Цікаво, що її вираженість у чоловіків із синдромом кувад значно перевершує її вираженість у реально вагітних жінок. Парадоксальність стосунків у таких парах полягає в тому, що жінки, як правило, мало звертають увагу на власні відчуття, адже їм доводиться постійно дбати про «вагітного чоловіка».

Відповідні клінічні прояви стають помітними, як правило, на третьому місяці вагітності дружини, а свого піку сягають із настанням пологів. Значно рідше спостерігається перебіг із двома дискретними піками на

третьому й дев'ятому місяцях та відносним редукуванням симптоматики у проміжку між ними.

Тяжкість стану чоловіка залежить від того, чого він очікує від пологів дружини. Якщо він уявляє їх жахливими, то цей жах сам же й буде відчувати. І тільки після народження немовляти його болі поступово починають стихати по мірі загоєння в породіллі розривів і згасання інших післяпологових ускладнень.

10.2. Психопатологія періоду вагітності

Під час вагітності психічну діяльність жіночого організму визначає **материнська домінанта** — послідовний гормонально детермінований процес зміни на рівні центральної системи домінантних станів, що регулюють оптимальний перебіг репродуктивного процесу.

Структурно вона складається із гестаційної, пологової та лактаційної домінант, які послідовно змінюють одна іншу, викликаючи фізіологічні та психічні трансформації організму вагітної жінки.

Негативні впливи середовища можуть порушувати функціонування материнської домінанти й формувати конкуруючу «стресову» субдомінанту. У кінцевому підсумку це може не тільки призводити до ускладнень перебігу виношування й пологів, але й впливати на реалізацію генетичного потенціалу дитини, ускладнювати її подальшу взаємодію із суспільством на етапі дорослого життя.

Кількість і тяжкість психічних і психосоматичних ускладнень вагітності залежить від великого різноманіття факторів, серед яких можна виокремити преморбідні властивості особистості, соціальні та внутрішньоособистісні конфлікти, ситуативні переживання. При цьому найбільш ризикованим є становище жінок, які переживають все це вперше.

Іноді вагітність виступає фактором провокування загострень стосовно уже наявної психічної патології, наприклад, рекурентних депресивних розладів або проявів епілепсії. Але переважно джерелом психопатологічних станів є безпосередньо пов'язані із актуальним психофізіологічним станом фактори.

Загалом, серед усіх психопатологічних проявів, що зустрічаються під час вагітності, найпоширенішими були й залишаються різноманітні прояви тривоги, яку, за спостереженнями лікарів, відчувають близько третини всіх жінок, котрі готуються стати матерями.

Страх — до певної межі нормальна емоційна реакція на конкретну загрозу, спрямована на уникнення небезпеки, адаптацію та захист організму від загрози.

Тривога — стан емоційного переживання очікування у ситуації невизначеності, що допускає ймовірно несприятливий розвиток подій.

Тривожність — риса особистості, що проявляється сприйняттям об'єктивно безпечних обставин як таких, що несуть у собі загрозу.

Переживання, пов'язані з очікуванням конкретної небезпеки, називаються **епікритичною тривогою** (грецьк. ері — префікс, що означає послідовність за чим-небудь; pathos — змінений стан, страждання). Вона може бути цілком виправданою та зрозумілою.

При **протопатичній тривозі** (грецьк. protos — первинний; pathos — змінений стан, страждання) предмет побоювань залишається невизначеним. Жінка не може уточнити, яких саме неприємностей вона очікує. Така тривога спонукає її самостійно шукати джерело «прихованої» небезпеки, що часто формує іпохондричну чи навіть паранойяльну налаштованість.

Поява конкретизованих страхів прогностично є більш сприятливою, порівняно із протопатичною тривогою. Віднайшовши те, чого слід боятися, психіка робить перший крок до адаптації. Наступний крок — розширення уявлень про небезпеку й конкретні дії щодо її подолання.

Ознаками нормальної тривоги є її адекватність обставинам і зниження при вирішенні загрозливої ситуації. З цієї точки зору деяке підвищення рівня тривожності під час очікування пологів є цілком фізіологічним, оскільки в такому стані майбутні мами стають більш відповідальними, обережними, дбайливіше ставляться до свого здоров'я. Тому перинатальний психолог не повинен прагнути повністю тамувати їх тривогу. У більшості випадків достатньо, аби жінка знайшла опору, розуміння й підтримку близьких людей.

Однак часто можна спостерігати патологічний характер емоційного реагування, який діагностують у випадку невідповідності інтенсивності тривоги реальній загрозі, або ж в умовах відсутності небезпеки взагалі. Як правило, усе це відбувається у супроводі яскраво виражених вегетативних симптомів (пітливості, тремору, блювання і т.п.) і жодної адаптивної функції звичайно ж не виконує.

Ситуація вагітності для жінки, як правило, несе в собі й невизначеність, і елементи цілком конкретних загроз. Що більш невизначеним є майбутнє, тим, відповідно, гострішими стають тривожні очікування.

На практиці, мотивовані й немотивовані страхи іноді дуже важко диференціювати. Наприклад, пролонговані страхи, обумовлені реальною загрозою, можуть із часом трансформуватись у безпричинну неконкретизовану тривогу, гнітючі передчуття, а повне усвідомлення глобальної небезпеки може відбуватись лише через значний час після того, як вона втрачає актуальність.

Деякі жінки демонструють схильність до **тривожного сприйняття вагітності** із самого початку її усвідомлення, одразу поринаючи в погані передчуття й нервові напруження. На особистісному рівні передумовами такого реагування є високе почуття відповідальності, вразливість, недовірливість, низька толерантність до фрустрації, емоційна лабільність, невпевненість у собі. Обумовлені такими емоційними переживаннями соматовегетативні реакції, у свою чергу, впливають на суб'єктивне самопо-

чуття, додатково погіршуючи загальний стан, провокуючи дратівливість і конфліктність. Хронізуючись, подібні переживання створюють тло, на якому вагітність сприймається як соматично хворобливий стан.

У випадку схильності до тривожності на особистісному рівні, жінки гостро реагують на думку людей із оточення, потребують їхнього схвалення. Навіть нейтральна реакція, байдужість, може спровокувати розвиток неконструктивних сценаріїв емоційного переживання випробувань на шляху до материнства. Іноді вони соромляться своєї вагітності, ніякують, якщо сторонні люди помічають їх «становище». Велика відповідальність лягає на чоловіка, усі дії якого аналізуються через призму пошуків ознак охолодження стосунків і загрози залишитися одній із дитиною.

Ще більшу тривогу викликає власний соматичний стан, очікування можливих ускладнень перебігу вагітності. Надмірне прислухання до найменших змін в організмі та песимістична налаштованість призводять до того, що перше ж ворухіння плоду часто трактується як ознака хвороби, загрози викидня тощо, а не доказ успішного розвитку. Пологи очікуються із твердим переконанням, що вони принесуть щось недобре. Не менш загрозливою виглядає й ситуація після пологів: очікуються проблеми з годуванням грудьми, не дає спокою страх виявити некомпетентність у виконанні обов'язків матері.

Тривога й страх можуть бути і поверховими, і глибокими, про що не завжди вдається достовірно судити за зовнішніми ознаками. Зовнішні психофізіологічні прояви цих переживань є досить індивідуальними й залежать від преморбіді особистості: можлива як збуджена метушливість, розгубленість, так і «параліч», замирання. Це як у дикій природі: одні істоти в ситуації загрози чимдуж тікають або нападають, а інші намагаються знайти порятунок нерухомо зливаючись із навколишнім середовищем. Іноді єдиним зовнішнім проявом, що свідчить на користь наявності в жінки певних страхів, є «напруженість» — стан «натягнутої струни». Напруга індукує підвищення м'язового тонуусу і збільшує ризик переривання вагітності.

Слід розрізняти домінуючі, нав'язливі, насильницькі, надцінні, маячні страхи.

Домінуючий страх має під собою реальне підґрунтя й може охопити будь-яку здорову людину. Він виникає як реакція на реальну небезпеку, на якийсь час затьмарюючи інші емоції, але швидко тамуючись після вирішення конфліктної ситуації.

Фобії — нав'язливі (обсесивні) страхи, протистояти яким хворий не в змозі не зважаючи на їх очевидну безглуздість. Усвідомлення того, що страх не має під собою реальних підстав, спонукає боротися із ним, а безуспішність цієї боротьби викликає почуття власної неповноцінності. Єдиним виходом стає постійне уникання проблемної ситуації. Обумовлений наявністю нав'язливих страхів знижений настрій називається *фобічною гіпотимією*.

Описуючи страхи вагітних, терміном «фобія» часто користуються некоректно. Важливо розуміти, що фобією слід називати тільки ті страхи, котрі набули ознак нав'язливості, тобто, супроводжуються критичним ставленням, усвідомленням їх неадекватності та спробами боротися з ними.

Насильницький страх має всі ознаки нав'язливого, але виникає гостро, несподівано. Небезпечний тим, що часто ґрунтується на ідеях гоміцидного змісту, що суперечать власним моральним установкам.

Надцінний страх має реальне підґрунтя, але перебільшені масштаби, не супроводжуючись ні критичним ставленням з боку хворого, ні прагнення боротися з ним. Через свою надмірну роль у житті надцінні страхи призводять до порушень поведінки та дезадаптації.

Маячний страх виділяється своєю ірраціональністю, оскільки виникає на ґрунті маячних ідей і насичується їх змістом. Маячні страхи не супроводжуються критичним ставленням до їх змісту й тому грубо порушують поведінку хворих, їх адаптацію.

Найбільш поширеними у вагітних жінок є домінуючі страхи, що визначають фон їх настрою. Насильницькі, надцінні або маячні страхи є ознакою психічної патології, котра потребує консультації психіатра.

Зміст страхів і фобій вагітних жінок переважно стосується побоювань дисфункцій власного організму, шкідливих впливів на перебіг вагітності, публічного сорому, ганьби. Типовими страхами є боязнь власної смерті під час пологів, загибелі дитини, болю, інфекцій, побоювання втратити привабливість і залишитися самотньою.

Іноді актуалізуються несвідомі спогади про власний досвід внутрішньоутробного перебування і пережитий дискомфорт. В результаті можуть виникати страхи перед темрявою й замкненим простором.

Скотофобія (грецьк. skotos — темрява) — страх темряви.

Ніктофобія (грецьк. nyctos — ніч) — страх ночі.

Клаустрофобія (лат. claustrum — закрите приміщення) — страх замкненого простору.

Спогади про відчуття в перші хвилини після народження, коли довелося пережити раптовий потік різноманітних нових і невідомих відчуттів, є підґрунтям для розвитку **агорафобії** (грецьк. агога — ринкова площа) — страху відкритого простору.

Цілком природне для вагітної жінки уважне ставлення до свого здоров'я може набувати гіпертрофованих форм і виливатись у відповідні фобії.

Кайнотифобія (грецьк. kainos — новий) — страх великих скупчень людей.

Охлофобія (грецьк. ochlos — натовп) — страх перед натовпом.

Гомілофобія (грецьк. homilia — спілкування) — страх спілкування.

Мізофобія (грецьк. mysos — забруднення) — страх забруднення.

Бактеріофобія (грецьк. bacterion — паличка) — страх інфікування.

Нозофобія (грецьк. nosos — хвороба) — страх захворіти.

Танатофобія (грецьк. Tanatos — смерть) — страх смерті.

Блаптофобія (грецьк. blapto — обережність) — страх нашкодити пренейту.

Коїтофобія (лат. coitus — статевий акт) — страх нашкодити пренейту в процесі статевого акту.

Алопатофобія (грецьк. aropatos — відхоже місце) — страх дефекації, у процесі якої, тужачись, начебто, можна зашкодити пренейту.

Оксифобія (грецьк. oxys — гострий) — страх гострих предметів.

Фармакофобія (грецьк. pharmakon — ліки) — страх перед застосуванням ліків.

Токофобія (грецьк. tocos — пологи) — страх майбутніх пологів.

Загальна тривожна налаштованість формує особливості сприйняття, які дозволяють навіть із нейтральної інформації вихоплювати й гіперболізувати повідомлення про теракти, злочини, катастрофи. За таких умов навіть перегляд новин по телевізору може спровокувати розвиток фобії.

Топофобія (грецьк. topos — місце) — страх опинитись у місці, де у разі небезпеки нікому буде надати допомогу.

Харпаксофобія (грецьк. harpax — розбійник) — нав'язливий страх стати жертвою бандитів.

Маніякофобія (грецьк. mania — безумство) — страх стати жертвою сексуального збоченця-убивці.

Зоофобія (лат. zoo — тварина) — страх тварин, які можуть подряпати чи вкусити.

Трансформації жіночої зовнішності та фізіології, що відбуваються під час вагітності, можуть стати джерелом цілої групи фобій.

Дисморфофобія (грецьк. dys — відхилення від норми; morphe — форма) — страх набути жахливих дефектів зовнішності.

Скопофобія (грецьк. skoreo — розглядати) — страх опинитись у центрі уваги.

Гідрозофобія (грецьк. hidros — піт) — страх підвищеної пітливості та пов'язаного із цим неприємного запаху.

Урофобія (грецьк. urop — сеча) — страх позивів до сечовипускання у невідповідній обстановці

Петофобія (грецьк. petto — перетравлювати) — страх нетримання кишкових газів у людному місці.

Скоптофобія (грецьк. scopto — жартувати, кепкувати) — страх викликати насмішки оточуючих.

Багато жінок під час вагітності стають загострено зазбоченими й ця риса може набувати патологічних форм.

Ейхофобія (грецьк. euchos — побажання) — страх добрих побажань, які нібито можуть накликати біду.

Ейзоптрофобія (грецьк. eisoptron — дзеркало) — страх перед містичними наслідками розглядання себе в дзеркалі.

Демонофобія (грецьк. daimon — злий дух) — страх чаклунства, нечистої сили, лихого ока.

Підвищений рівень тривожності, страхи й фобії часто є ознакою невротичних розладів, проте можуть виникати й при ендогенних психічних розладах або на тлі органічного ураження центральної нервової системи. Для тривожності, страхів і фобій, що обумовлені резидуально-органічними змінами головного мозку, характерними є відсутність безпосереднього зв'язку із психотравмуючою ситуацією, грубість і монотонність проявів, менша ефективність психотерапії ніж при лікуванні схожих невротичних розладів.

Слід зазначити й те, що фобічні переживання глобально змінюють функціональний стан психіки, зокрема, мають гальмівний вплив, зменшують здатність до логічних міркувань, критичної самооцінки. Внаслідок цього загалом розумні люди починають поводити себе «нерозумно», примітивно, стають недоступними для логічних аргументів — відбувається **регресія**. Поведінка набуває рис дитячості за рахунок ниття, плаксивості, примхливості. Загроза вбачається в абсолютно нейтральних подіях, вигадані образи стають причиною болісних реакцій. Іноді ці стани супроводжуються парадоксальною брутальністю та агресивністю, не властивими поведінці до вагітності.

Зокрема, одним із патологічних поведінкових феноменів третього триместру вагітності є **синдром грубого поводження з плодом** — раптові прояви агресії, у тому числі прямий фізичний вплив (удари по передній черевній стінці) з боку вагітних жінок. Така поведінка, як правило, не пов'язана напряду із навмисною провокацією аборту й може відзначатися на фоні бажаної вагітності.

У перспективі, усі ці переживання можуть бути епізодичними й безслідно минати, але у випадку наявності неврегульованих конфліктів і тривалих тривожних переживань можуть хронізуватись, трансформуючись у клінічно виражені невротичні розлади, вегетативний супровід яких часто полягає в нудоті та блюванні.

Поява ранкової нудоти (misnomer) та гіперсалівації, у більшості випадків обумовлена не токсикозом вагітних, а процесом гармонізації життєдіяльності материнського та дитячого організму. Психологічний зміст цього явища пояснюється несвідомим бажанням позбутися ембріону, відразу до «чужого в лоні». Фізіологічно обумовлена підвищена чутливість до запахів і загострення смакових відчуттів ще більше посилюють дискомфорт. Іноді напади нудоти супроводжуються інтенсивним і частим блюванням, що в тяжких випадках може призводити до дегідратації та вторинних розладів функціонування печінки.

За таких умов досягнення гармонії в ставленні до вагітності можливе тільки через цілісне прийняття своєї тілесності з подальшою послідовною ідентифікацією та наступним відділенням дитини від материнського орга-

нізму. Для досягнення цієї мети доречним та ефективним може бути застосування психотерапевтичного впливу, зокрема, гіпно-суггестивних методик.

10.3. Психопатологія перинатальних втрат

Переживання людей, які втратили дитину, навіть ненароджену, індивідуальні, унікальні й неповторні. Але психіатру (психологу, психотерапевту) у своїй практичній діяльності важливо відрізнити адаптивний сценарій подолання трагічної ситуації (неускладнене горе) від дезадаптивного (ускладнене горе).

10.3.1. Неускладнене й ускладнене горе

До критеріїв діагностики **неускладненого горя** належать:

1. Динаміка процесу — адже горе це процес, а не стан, і «застиглість» симптоматики має викликати побоювання.
2. Можливість періодичного відволікання уваги від хворобливих переживань, поява позитивних почуттів протягом перших 6 місяців після втрати.
3. Перехід від гострого горя до інтегрованого.
4. Здатність пацієнта не тільки визнати факт втрати, але й віднайти нові конструктивні способи балансування внутрішніх і зовнішніх реалій.

Скорбота за сценарієм неускладненого горювання може бути вкрай болісною, але зазвичай не вимагає специфічного лікування й долається самостійно. Тому клініцист має чітко уявляти собі діапазон симптомів, які переживає пацієнт на шляху поступового руйнування колишніх зв'язків та адаптації до нової реальності. Це необхідно для того, аби прийняти правильне рішення про необхідність і масштаби втручання, уникнути небезпеки порушення нормальних процесів реагування на психотравмуючу ситуацію.

Однак, іноді труднощі в процесі усвідомлення, прийняття й інтеграції до свідомості факту смерті дитини призводять до нездатності людини, яка пережила втрату, гармонійно здійснити необхідні психологічні перетворення. Результатом стає активізація патологічних сценаріїв реагування, переживання так званого ускладненого горя.

Ускладнене горе — синдром пролонгованого інтенсивного переживання втрати, що обумовлює значне зниження працездатності, погіршення самопочуття й соціального функціонування.

Головною причиною психопатологічних реакцій на тлі переживання ускладненого горя є капітуляція захисних механізмів особистості під дією стресора, сила якого обумовлена суб'єктивною важливістю понесеної втрати. Залежно від масштабів дисбалансу виникає різноманітна реактивна симптоматика невротичного чи психотичного рівня.

Але іноді причиною неадаптивних сценаріїв відреагування на перинатальну втрату стає блокування нормального переживання горя якраз

внаслідок задіяння підсвідомих механізмів психологічного захисту особистості. Під останніми маються на увазі стратегії, спрямовані на зниження тривоги ціною спотворення реальності. Досягнутий таким чином компроміс зазвичай полягає в приховуванні від самого себе внутрішніх спонукань або почуттів, що загрожують самоповазі.

Одним із найбільш деструктивних механізмів самозахисту є заперечення самого факту події, її незворотності або ж значущості. Вдаючись до такої підсвідомої стратегії, жінки продовжують чекати на народження дитини та здійснюють об'єктивно безглузду підготовку до пологів. Деякі з них ідеалізують ненароджену дитину, багато думають про її перспективи в житті, уявляють її характер.

Варіантом заперечення є «вибіркове забування» — витіснення зі свідомості спогадів про найбільш травматичні моменти, пов'язані із втраченою вагітністю. Дещо менш патологічною і більш поширеною формою заперечення є **«муміфікація»** — збереження зовнішніх ознак вагітності, наприклад, відповідного одягу. Це може бути частиною нормального сценарію переживання втрати, якщо триває недовго і відіграє роль «буфера», пом'якшуючи найкритичніший етап пристосування до нової реальності. Однак, якщо така поведінка затягується, реакція горя консервується й це унеможливорює нормальну адаптацію.

Досить поширеним способом уникання усвідомлення втрати є також заперечення її незворотності. Наприклад, після переривання вагітності чоловік і дружина можуть втішати один одного, говорячи про те, що в них ще будуть діти й усе буде добре. При цьому вони обоє мають на увазі саме ту дитину, яку втратили ще до народження й мріють, що нова вагітність допоможе її повернути.

Ірраціональною надією на оживлення втраченої дитини пояснюється захоплення спиритизмом, що можна розцінювати як «нормальне» у перші тижні після втрати, доки триває активний пошук можливостей для відновлення зв'язків. Але якщо така поведінка хронізується — це свідчить про патологічний сценарій реагування. Іноді горюючі, аби більш м'яко вийти із кризової ситуації, починають «бачити» власну втрачену дитину в чужій, підводять під це псевдологічну базу на зразок «переселення душ» і т.п.

Ще одним способом психологічного захисту є заперечення значущості втрати шляхом пошуку виправдань на зразок «ми не були готові до батьківства», «був великий ризик народження хворого немовляти», «це була ще ніяка не дитина, а лише біологічна тканина». В рамках такої стратегії жінка на противагу муміфікації поспішно знищує всі ознаки минулої вагітності, спалює речі й фото, які можуть спровокувати згадку. Подібна поведінка є фактором ризику щодо розвитку патологічних реакцій горя.

Загалом, нездатність переходу від гострого до інтегрованого горя спостерігається в близько 40% людей, які зазнали тяжкої втрати. Серед жінок, які втратили вагітність через спонтанний аборт, цей відсоток дещо

нижчий. Оскільки симптоми ускладненого горя частково збігаються із симптомами неускладненого, то іноді не беруться до уваги й це занижує показники офіційної статистики.

Неправильно розцінювати такі стани як «нормальні» через помилкове припущення того, що час здатен виправити ситуацію сам по собі. Насправді, ускладнене переживання горя не просто знижує якість життя, але й може призвести до інвалідизації, тяжких соматичних захворювань, суїциду. Тому одних лише психологічних консультацій і психологічного супроводу таким пацієнтам, як правило, недостатньо у подібних випадках необхідне специфічне психотерапевтичне й психіатричне втручання.

10.3.2. Клінічні прояви укладненого горя

Що стосується загальних клінічних (медичних) аспектів тяжкої втрати й горя, то в Керівництві з діагностики й статистики психічних захворювань Американської Асоціації психіатрів DSM-III-R є спеціальна шкала тяжкості (вісь IV) психосоціальних факторів, що викликають стрес. Смерть дитини розглядається як катастрофічний гострий стрес і кодується найвищим рівнем тяжкості. Процес відновлення після пережитої психотравми надзвичайно індивідуальний: декому достатньо кількох тижнів аби адаптуватись до нової реальності, у той час як іншим може знадобитися рік і більше.

Як правило, на перших порах після події батьки з неконструктивними сценаріями реагування поринають у переживання горя і, особливо у випадку абортів, схильні винити в усьому, що сталося, себе. Клінічно, на першому етапі афективна реакція може проявлятися емоційним шоком із заціпенінням та «скам'янілістю», душевною тугою або ж навпаки, збудженням та агресією.

Пізніше симптоматика загалом вписується в картину посттравматичного стресового розладу. Виникають флешбеки — напливи реалістичних чуттєво забарвлених спогадів тематичного характеру. У думках хворі постійно повертаються до подробиць подій, пов'язаних із втратою, намагаються аналізувати причини, зрозуміти, що робили не так, шукають винних у своєму оточенні та серед медичного персоналу. Оскільки такі думки носять obsesivний (нав'язливий) характер, то спроби позбутися їх виявляються безуспішними. Вночі тим же змістом наповнюються кошмарні сновидіння, що слугують причиною безсоння через страх заснути і знову поринути в болісні спогади. Втрачається апетит і на тлі емоційного напруження швидко настає загальне виснаження.

Поринаючи в ритуал трауру, горюючі люди прагнуть самотності й сприймають для себе радість як щось неприйнятне та ганебне, блокують позитивні емоції, втрачають інтерес до минулих захоплень, а скорботу розцінюють як заміник втраченої дитини, єдине, що в них залишилось після пережитої втрати. З одного боку, вони схильні уникати всього, що могло б

нагадати їм про втрату, а з іншого — нейтральні поточні події нерідко несподівано викликають у них асоціації на тему смерті власної дитини.

Особливо тяжко реагують на перинатальну втрату жінки, для яких поєднання фізіологічного стресу із обтяжуючими соціокультурними та психологічними факторами значно підвищує ризик розвитку ускладненого переживання горя.

Обтяжуючою обставиною для жінок є те, що переривання вагітності часто супроводжується болем, кровотечею, хірургічними маніпуляціями, а іноді й розширеним оперативним втручанням (наприклад, у разі виявлення позаматкової вагітності, екстремому кесаревому розтині). В результаті вони втрачають «довіру» до свого тіла, яке не впоралося із завданням виношування та народження дитини, їх самооцінка знижується. Емоційне переживання втрати перспективи материнства може призвести до пошкодження самооцінки, формування «негативного Я» і, як наслідок, глибокого регресу із сприйняттям себе як безпорадної, нездатної справлятися з труднощами та несамостійної дитини. Психотравмуючий ефект може потенціюватись некоректними зауваженнями оточуючих, особливо чоловіка. На цьому тлі може виникати яскраво виражене почуття провини й хворобливе бажання «відновитися» — терміново завагітніти знову. Часто вони відчувають себе ізольованими від інших, включаючи раніше близьких їм людей, поринаючи в діяльність, пов'язану із нереалізованим материнством, і лише згодом віднаходять якесь виправдання й отримують моральне полегшення.

Саме із такими симптомами батьки, як правило, звертаються до психіатрів та психотерапевтів. Якщо подібна симптоматика з'являється протягом одного місяця після психотравмуючих подій і не тамиється протягом шести місяців, можна діагностувати хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Іноді зустрічаються випадки, коли описаний симптомокомплекс вимальовується через шість і більше місяців після пережитої втрати. Такі стани розцінюються як відстрочений ПТСР.

У періоді віддалених наслідків після перинатальної втрати серед основних психопатологічних проявів можна виділити депресивну симптоматику з почуттям провини, тривогою, напливами спогадів, асоціацій, порушеннями харчової поведінки, сексуальною дисфункцією, іноді з елементами аутодеструктивних тенденцій.

Поряд із цим, трапляються ситуації, коли встановити логічний зв'язок між втратою можливості народити дитину й розладами психічної діяльності буває дуже складно. Наприклад, якщо швидко і, на перший погляд, безпроблемне відновлення після пережитого, через певний час закінчується капітуляцією захисних механізмів особистості та глибокою психологічною кризою. У таких випадках жертви, переважно, самі не здатні зрозуміти причину своїх страждань. В результаті виникають психопатологічні стани, що вимагають кваліфікованої медичної допомоги.

Проте, перинатальна втрата може стати причиною психопатологічних реакцій не тільки батьків, а й інших членів сім'ї, зокрема, дітей. Ситуація смерті сібса може викликати в дитини тривогу, страхи, депресивні реакції, ідеї самозвинувачення за думки про небажаність народження сиблінга і що тепер через це від горя помре мама або тато, а може й він сам «заслуговує смерті». На цьому тлі можливі суїцидальні спроби. Переважно діти прагнуть приховати подібні переживання від батьків, тому потрібна особлива увага до їхнього стану в таких ситуаціях.

Але основний масив психопатологічної симптоматики, що виникає в рамках переживання перинатальних втрат, належить до проявів так званого **постабортного синдрому** — комплексу симптомів, що по суті є посттравматичним стресовим розладом внаслідок перенесеного аборту.

Автором терміну є американський сімейний психотерапевт **Vincent Rue**, який застосував його в 1981 році даючи свідчення в Конгресі США. Поняття «постабортного синдрому» не знайшло широкої підтримки за межами спільноти пролайферів: ні Американська психологічна асоціація, ні Американська психіатрична асоціація не визнають існування ПАС як діагнозу або стану, тому в більшості випадків офіційний діагноз звучить як посттравматичний стресовий розлад, що має в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) шифр F43.1.

Заклики включити постабортний синдром до офіційних класифікацій порушень психічного здоров'я поки не знайшли підтримки в професійній спільноті, проте, дослідники даної проблеми активно використовують сам термін, що призвело до його широкої популяризації.

Значне місце в полеміці навколо проблеми абортів займає питання про те, чи впливають вони взагалі на психічне здоров'я. У більшості наукових публікацій і рекомендаціях ВООЗ для акушерів-гінекологів домінує точка зору прихильників механістичних поглядів на цю проблему, які стверджують, що на сьогодні немає доказів зв'язку між втратою вагітності та певними психічними розладами. Проте, навряд чи це дозволяє нам вважати аборти нешкідливими для психіки, адже не залежно від того відбуваються вони спонтанно чи в результаті усвідомленого рішення, фізичне відновлення жінки, як правило, відбувається досить швидко, а ось психологічна реабілітація може зайняти тривалий час.

Деякі наслідки для психічного здоров'я виникають одразу, але основні клінічні прояви можуть настати через тривалий час. Часто обумовлена абортom психотравма переходить на несвідомий рівень і взагалі більше ніколи клінічно яскраво не проявляється, натомість продукуючи різноманітну психопатологічну симптоматику субклінічного рівня.

Це створює об'єктивні труднощі дослідження епідеміології психопатологічних наслідків переривання вагітності в жінок. Окрім того, що дужче вони страждають через прояви посттравматичного синдрому після абортu, тим більше схильні приховувати й актуальну психопатологічну симп-

томатику, і навіть сам факт оперативного втручання. Незважаючи на те, що ставлення до абортів останнім часом зазнало істотних змін у масовій свідомості, багато жінок все ще ставляться до них як певного проступку, який треба ретельно приховувати від свого оточення. Деякі пацієнтки з цією метою одразу після завершення необхідних процедур повертаються на роботу аби ніхто не здогадався про те, що із ними сталося. Саме відголосками часів суспільного осуду можна пояснити й той факт, що в країнах, де переривання вагітності давно легалізоване, кількість «підпільних» абортів подекуди навіть збільшується.

Ціла низка досліджень вказує на те, що статистичний відсоток психічних захворювань серед жінок, які зробили аборт, є істотно вищим порівняно із тими, які народили або взагалі не вагітніли. Проте, необхідно враховувати й те, що ці результати не означають наявності прямого причинно-наслідкового зв'язку між абортom і психічними розладами. Зокрема, це може свідчити про те, що аборт частіше роблять жінки із уже наявною психопатологією. Встановлено: ймовірність відповідних реакцій збільшують такі фактори, як емоційна прихильність до вагітності, відсутність підтримки близьких людей та консервативний світогляд.

До найбільш яскравих клінічних проявів постабортного синдрому належать тематичні флешбеки, кошмарні сновидіння, депресія, поведінка уникнення, яка пов'язана із ситуаціями, що актуалізують відповідні спогади.

Депресивні реакції в рамках постабортного синдрому коливаються від проявів невротичного рівня до вираженої психотичної симптоматики із суїцидальними тенденціями. Найбільш типовим є перебіг із підгострою реактивною симптоматикою невротичного рівня, що періодично загострюється на фоні супутніх стресових переживань, клімаксу тощо.

Репереживання абортu є важливим елементом хронізації посттравматичної симптоматики. Проявляється воно періодичним відтворенням і повторним переживанням елементів травмуючої події, реалістичними спогадами про неї, наприклад, у формі obsesивних думок про сам аборт або ненароджену дитину, флешбеків на тему абортu, кошмарних сновидінь.

Згідно з актуальною для європейських країн МКХ-10 реакцією ускладненого горя, будь-якої тривалості діагностуються як патологічні на підставі їх форми і змісту. Серед найбільш типових варіантів психопатологічних реакцій на факт перинатальної втрати можна виділити депресію, розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад, а також дисоціативну симптоматику.

Депресія

Втрата дитини, навіть ненародженої, може призводити до значно сильнішого переживання горя, ніж це відбувається внаслідок смерті значимого дорослого. Почуття провини й безпорадності може стати всепо-

глинаючим, а скорбота охопити все життя. Одним із найсерйозніших психічних розладів, що виникають після тяжкої втрати, є депресія.

Депресія (лат. *deprimo* — «давиту», «подавити») — психічний розлад, що характеризується депресивною тріадою: зниженням настрою, психічною та моторною загальмованістю.

Найбільш важливі діагностичні ознаки: ангедонія, зниження здатності до зосередження уваги, зниження самооцінки та впевненості в собі, ідеї провини, песимізм, суїцидальні ідеї, порушений сон, знижений апетит.

Переважно клініцистам доводиться мати справу із депресивними епізодами різної тяжкості, принципи діагностики яких у МКХ-10 такі:

F32. Депресивний епізод

G1. Депресивний епізод має тривати не менше двох тижнів.

G2. В анамнезі ніколи не було гіпоманіакальних чи маніакальних симптомів, що відповідають критеріям маніакального чи гіпоманіакального епізоду F30.

G3. Найпоширеніший критерій виключення: епізод не може бути пояснений вживанням психоактивної речовини (F10-F19) чи будь-яким органічним ураженням (F00-F09).

Соматичний синдром

Деякі депресивні симптоми позначаються як «соматичні» (біологічні, вітальні та меланхолічні в інших класифікаціях). П'ятий пункт (як показано в F31.3; F32.0 і F32.1; F33.0 і F33.1) може бути використаний для визначення наявності або відсутності соматичного синдрому. Для цього мають бути присутніми чотири із наступних симптомів:

1. Зниження інтересу й задоволення від зазвичай приємної діяльності;
2. Відсутність реакції на події, що в нормі викликають реакцію;
3. Пробудження вранці на дві чи більше годин раніше звичного часу;
4. Депресія важча зранку;
5. Об'єктивні свідчення вираженої психомоторної загальмованості або ажитації (відзначені та описані іншими особами);
6. Помітне зниження апетиту;
7. Зниження ваги (п'ять і більше відсотків від ваги тіла в минулому місяці);
8. Значне зниження лібідо.

Присутність соматичного синдрому для тяжкого депресивного епізоду не уточнюється, оскільки вважається, що він є в абсолютній більшості випадків.

F32.0x Депресивний епізод легкої тяжкості

A. Відповідає загальним критеріям депресивного епізоду (F32).

B. Присутні мінімум два із наступних трьох симптомів:

1. Явно патологічний депресивний настрій, що охоплює більшу частину дня не залежно від ситуації не менше двох тижнів;
2. Виражене зниження зацікавленості та задоволення від діяльності, зазвичай приємної для хворого;
3. Зниження енергійності, втомлюваність;

В. Додаткові симптоми із числа наступних (разом із перерахованими в критерії Б не менше чотирьох):

1. Зниження самооцінки та впевненості в собі;
2. Безпричинне й неадекватне відчуття провини;
3. Стереотипні думки про смерть або суїцид, суїцидальна поведінка;
4. Зменшення здатності до концентрації, нерішучість, коливання;
5. Психомоторна ажитація або загальмованість (суб'єктивна або об'єктивна);
6. Порушення сну будь-якого типу;
7. Підвищення або зниження апетиту, така ж зміна ваги тіла.

П'ятий пункт позначає наявність соматичного синдрому.

F32.00 без соматичних симптомів;

F32.01 із соматичними симптомами.

F32.1x Депресивний епізод середньої тяжкості

А. Відповідає загальним критеріям депресивного епізоду (F32).

Б. Як мінімум, два із трьох симптомів у критерії Б із F32.0.

В. Додаткові симптоми критерію В із F32.0 (у сумі не менше шести).

П'ятий пункт позначає наявність соматичного синдрому.

F32.10 без соматичних симптомів;

F32.11 із соматичними симптомами.

F32.2x Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів

А. Відповідає загальним критеріям депресивного епізоду (F32).

Б. Усі три симптоми критерію Б із F32.0.

В. Додаткові симптоми критерію В із F32.0, загалом не менше восьми.

Г. Відсутність галюцинацій, маячення, депресивного ступору.

Примітка: Якщо виражені такі важливі симптоми, як ажитація чи загальмованість, хворий може бути не в змозі або не виявляти бажання детально повідомляти про значну частину симптоматики. У такому випадку, епізод все ж трактується як тяжкий.

F32.3x Тяжкий депресивний епізод із психотичними симптомами

А. Відповідає загальним критеріям депресивного епізоду (F32).

Б. Відповідає критеріям тяжкого депресивного епізоду без психотичних симптомів (F32.2) за винятком критерію Г.

В. Відсутні критерії шизофренії (F20.0-F20.3) чи шизоафективного розладу депресивного типу (F25.1).

Присутній один із наступних критеріїв:

- 1) маячення чи галюцинації, окрім перерахованих в якості базових для шизофренії в критерії G1.1 б), в) і г) для F20.0-F20.3; найбільш часті приклади включають депресивне, нігілістичне, персекуторне та іпохондричне маячення, а також маячення провини та стосунку;

2) депресивний ступор.

П'ятий знак використовується для визначення відповідності психотичних симптомів настрою:

F32.30 — психотичні симптоми, що відповідають настрою (маячення провини, самоприпинення, фізичного захворювання, передчуття нещастя, насмішливі чи засуджуючі слухові галюцинації);

F32.31 — психотичні симптоми, що не відповідають настрою (персекutorне маячення чи маячення стосунку, галюцинації без афективного змісту).

F32.8x Інші депресивні епізоди

Епізоди, що не підходять під критерії депресивних у F32.0-F32.3, але мають загальні ознаки депресивного походження. Наприклад, флюктуюча суміш депресивної симптоматики (особливо «соматичного» синдрому) із діагностично малозначимими симптомами (напруженість, занепокоєння, дистрес) або ж поєднання «соматичних» депресивних симптомів із хронічним болем чи втомою, не обумовленими органічними причинами.

F32.9x Інший депресивний епізод, неуточнений

Якщо депресія перебігає із психотичними симптомами, то на висоті епізоду в жінок можуть виникати маячні ідеї самозвинувачення щодо втрати вагітності. У такому стані вони покладають на себе гріхи всього людства та вважають, що мають спокутувати їх, іноді навіть ціною смерті. Можуть виникати ідеї про спокутування провини ціною вічного життя, наповненого стражданнями та неприкаяністю — **синдром Агасфера**. Агасфер — єрусалимський чоботар, який згідно з Євангелієм образив і вдарив Ісуса, за що був проклятий і приречений на нескінченні блукання, описаний у літературі як «вічний жид». Такі думки можуть підкріплюватися слуховими або нюховими галюцинаціями. Результатом цих переживань є додаткова загальмованість аж до розвитку депресивного ступору.

На тлі депресивних і субдепресивних станів можуть формуватися дисоціативні та посттравматичні стресові розлади.

Дисоціативні (конверсійні) розлади

Дисоціативні (конверсійні) розлади є результатом того, що під впливом психогенних чинників свідомість втрачає здатність здійснювати повноцінний контроль пам'яті, відчуттів і моторики тіла.

Руйнування власної свідомості людини, яка пережила тяжку втрату, є захисним механізмом боротьби із емоційним конфліктом або зовнішнім стресом.

В особливостях клінічних проявів дисоціативних розладів завжди чітко прослідковується тісний хронологічний і змістовний зв'язок із психотрав-

матичними життєвими обставинами. При більш детальній оцінці психічного стану хворого вдається виявити механізм «умовної приємності» наявних соматичних симптомів, оскільки видимий для оточуючих дисфункціональний стан дозволяє їм змінити свій статус і ставлення до себе значимих близьких людей. Таким чином вдається викликати співчуття, уникнути певних конфліктів і саме тому поведінка таких хворих завжди має вагомий елемент демонстративності, орієнтованості на залучення уваги.

На практиці найчастіше зустрічаються абортивні форми пароксизмів: непритомність, «істеричні» сльози або сміх, тремор усього тіла з імітацією втрати свідомості. У дитячому віці такі напади можуть виникати як реакція протесту в разі відмови дорослих виконати певні вимоги, але при капітуляції батьків й отриманні дитиною винагороди за таку поведінку закріплюються як успішний стереотип поведінки.

У МКХ-10 ці явища відображені наступним чином.

F44. Дисоціативні (конверсійні) розлади

G1. Відсутність соматичного захворювання, що пояснювало би симптоми цього розладу (але можуть бути соматичні розлади, які індукують інші симптоми).

G2. Є переконливий зв'язок у часі між появою симптоматики розладу та стресовими подіями, проблемами або незадоволеними потребами.

F44.0 Дисоціативна амнезія

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- Б. Амнезія (часткова чи повна) на недавні психотравмуючі події.
- В. Амнезія надто велика за обсягом і стійка, щоб її можна було пояснити звичайною забудькуватістю (глибина і обсяг можуть варіювати від одного обстеження до іншого) або навмисною симуляцією.

F44.1 Дисоціативна фуга

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- Б. Хворий, раптово припинивши свою звичну діяльність, несподівано але організовано здійснює подорож, протягом якої продовжує нормально обслуговувати себе.
- В. На час подорожі настає часткова або повна амнезія, яка відповідає критерію В для F44.0.

F44.2 Дисоціативний ступор

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- Б. Різне зменшення або відсутність довільних рухів, мови, а також реакцій на світло, шум і дотики.
- В. Зберігаються нормальний м'язовий тонус, статична поза й дихання, часто можливі обмежені координовані рухи очей.

F44.3 Транс і стан одержимості

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- B. Наявний один із двох станів:
 - 1. Транс — тимчасова зміна свідомості, представлена будь-якими двома із наступних трьох проявів:
 - а) втрата звичного відчуття власної ідентичності;
 - б) звуження усвідомлення безпосереднього оточення або незвично вузьке й вибіркове сприйняття стимулів навколишнього;
 - в) обмеженість рухів, поз і висловлювань, їх стереотипність.
 - 2. Одержимість — хворий переконаний, що в нього вселився дух, сила, божество або інша особистість.
- B. Критерії 1) і 2) пункту Б є небажаними і неприємними для пацієнта. Вони виникають незалежно від схожих станів, що є культурально прийнятними для цього середовища або ж є їх продовженням.
- Г. Найбільш часто вживані критерії виключення: відсутність у цей час F20-F29 або ж F30-F39 із галюцинаціями та маяченням.

F44.4 Дисоціативні рухові розлади

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- B. Виконується один із двох критеріїв:
 - 1. Повна або часткова втрата здатності рухатись вольовим зусиллям, включаючи мову;
 - 2. Різноманітні за тяжкістю порушення координації, атаксія, нездатність стояти без сторонньої допомоги.

F44.5 Дисоціативні судоми

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- B. Несподівані спастичні рухи, що зовні нагадують будь-які варіанти епілептичних судом, але не супроводжуються подальшою втратою свідомості.
- B. Симптоми критерію Б не супроводжуються прикушуванням язика, забоями або травмами внаслідок падіння, мимовільним сечовипусканням.

F44.6 Дисоціативна анестезія

- A. Виконуються загальні критерії для дисоціативних розладів (F44).
- B. Будь-який із двох варіантів:
 - а) часткова або повна втрата шкірної чутливості на окремі ділянки чи всьому тілі (конкретизувати: дотики, уколи, вібрація, холод-жар);
 - б) часткова або повна втрата зору, слуху або нюху (вказати).

F44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади

F44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади

Залишкова рубрика для дисоціативних (конверсійних) станів, що відповідають критеріям А і Б із F44, але не відповідають критеріям F44.0-F44.8.

F44.80 Синдром Ганзера (приблизні відповіді)

F44.81 Розлад множинної особистості

- А. Існування двох або більше різних особистостей всередині індивіда при одночасній актуальній присутності лише однієї з них.
- Б. Кожна із особистостей має власну пам'ять, уподобання, звички й періодично бере під повний контроль поведінку індивіда.
- В. Наявною є нездатність згадати важливу для особистості інформацію, що за масштабами перевершує звичайну забудькуватість.
- Г. Симптоми не обумовлені розладами із рубрик F00-F09 або F10-F19.

F44.82 Минулі дисоціативні (конверсійні) розлади дитячого й підліткового віку.

F44.88 По-іншому визначені дисоціативні (конверсійні) розлади.

Специфічні дослідницькі критерії не даються для деяких дисоціативних станів в силу їх рідкості та недостатньої вивченості.

F44.9 Дисоціативний (конверсійний) розлад, неуточнений

Реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад

При посттравматичному стресовому розладі етіологічним фактором є ситуація втрати об'єкта особливої прихильності. Формування клінічної картини відбувається головним чином у перші 6 місяців після психотравмуючої події й триває від 6 місяців до кількох років і більше.

Ці стани відзначаються поліморфною психопатологічною структурою, мають пролонгований характер, розвиваються в кілька етапів і в значній частині випадків завершуються стійкими резидуальними наслідками для психіки з явищами соціальної дезадаптації.

Кваліфікація психічних порушень при патологічних реакціях втрати (ускладненому горі) з ознаками ПТСР відповідно до МКХ-10 виглядає наступним чином.

F43.0 Реакція на гострий стрес

- А. Вплив виключно психологічного або фізичного стресора.
- Б. Симптоми виникають негайно після дії стресора (протягом години).
- В. Виділяють дві групи симптомів:
 - 1. Виконуються критерії Б, В і Г для генералізованого тривожного розладу (F41.1).
 - 2. Додаткові симптоми:
 - а) втеча від потенційних соціальних взаємодій;
 - б) звуження уваги;
 - в) дезорієнтація;
 - г) гнів, вербальна агресія;

- д) розпач, безнадія;
- е) неадекватна або безцільна гіперактивність;
- ж) неконтрольоване й відповідно до культуральних стандартів надмірне переживання горя.

Відповідно цих симптомів реакція на гострий стрес ділиться на:

F43.00 легка — виконується тільки критерій 1);

F43.01 помірна — виконується критерій 1) і є два симптоми з критерію 2);

F43.02 тяжка — виконується критерій 1) і є 4 симптоми з критерію 2); або розвивається дисоціативний ступор (див. F44.2).

- Г. Якщо стресор тимчасовий або може бути полегшеним, симптоми зменшуються максимум через вісім годин. Якщо ж стресор продовжує діяти, симптоми зменшуються максимум через 48 годин.
- Д. Найбільш вживані критерії виключення: реакція має відбуватись за відсутності будь-яких інших психічних або поведінкових розладів МКХ-10 (винятком є лише F41.1 Генералізовані тривожні розлади і F60. Розлади особистості) і мінімум через три місяці після завершення епізоду будь-якого іншого психічного або поведінкового розладу.

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад

- А. Хворий знаходився під дією стресової ситуації (короткої чи тривалої) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, що здатна викликати дистрес майже в будь-якого індивідуума.
- Б. Стійкі спогади чи «актуалізація» стресора через нав'язливі ремінісценції, повторювані сні або ж повторне переживання горя при впливі обставин, що асоціюються зі стресором.
- В. Хворий уникає чи прагне уникати обставин, що асоціюються зі стресором (чого не було до дії стресора).
- Г. Наявна будь-яка із двох ознак:
 - 1. Психогенна часткова або повна амнезія (F44.0) відносно важливих аспектів періоду впливу стресора;
 - 2. Стійке підвищення чутливості (не було до дії стресора), про що свідчать будь-які два симптоми:
 - а) утруднене засинання, прокидання серед ночі;
 - б) дратівливість, вибухи гніву;
 - в) труднощі концентрації уваги;
 - г) підвищення рівня бадьорості;
 - д) посилений чотирипагорбний рефлекс (здрігання від несподіванки).

Критерії Б, В і Г виникають протягом шести місяців стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу (сюди ж може бути включено розлади із відстроченим більше ніж на шість місяців початком, але ці випадки мають бути позначені окремо).

F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес

F43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена

Розлади адаптації

Загалом, критерієм «нормального» горя є реакція, що відповідає «загальноприйнятим у цьому культурному середовищі нормам» і триває не більше шести місяців.

Патологічний характер адаптаційних реакцій у рамках переживання втрати може набувати клінічних варіантів, що класифікуються в рамках МКХ-10 наступним чином:

F43.2 Розлади адаптації

- А. Розвиток симптомів відбувається протягом місяця після дії стресора, який не має статусу незвичайний або катастрофічний.
- Б. Розвиваються симптоми, схожі на F30-F39 (за винятком маячення та галюцинацій), F40-F48 і F91-, але не виконують критерії для цих конкретних розладів.

Домінуючі характеристики симптомів кодуються п'ятим знаком:

F43.20 — короточасна депресивна реакція. Транзиторний легкий депресивний стан тривалістю не більше одного місяця.

F43.21 — пролонгована депресивна реакція у відповідь на тривалий вплив стресової ситуації. Легкий депресивний стан тривалістю більше 6 місяців, але не більше двох років.

F43.22 — змішана тривожно-депресивна реакція. Симптоми тривоги й депресії чітко виражені, але не тяжчі ніж при змішаному тривожно-депресивному розладі (F41.2) або інших змішаних тривожних розладах (F41.3).

F43.23 — розлад адаптації із переважанням порушення інших емоцій. Спостерігаються емоційні симптоми кількох типів (тривога, депресія, занепокоєння, напруженість, гнів і т.п.). При цьому тривога й депресія можуть відповідати критеріям F41.2 або F41.3, але вони не настільки домінують, щоб бути підставою для діагностики більш специфічних депресивних чи тривожних розладів. До цієї категорії також відносять регресивні реакції в дітей, наприклад, енурез або смоктання пальця.

F43.24 — розлад адаптації з переважанням порушень поведінки. Основне порушення зачіпає поведінку, наприклад, у підлітків реакція горя проявляється агресією чи асоціальною поведінкою.

F43.25 — розлад адаптації зі змішаними, чітко вираженими розладами емоцій і поведінки.

F43.28 — розлад адаптації з іншими уточненими переважачими симптомами.

В. Симптоми не тривають більше шести місяців після припинення дії стресу, за винятком F43.21. Однак, невідповідність цьому критерію не заперечує попередній діагноз.

Розвиток психопатологічної симптоматики при ускладненій реакції горя вимагає динамічного спостереження, періодичної перекваліфікації стану й негайної зміни стратегії лікування.

10.4. Психопатологія пологового й післяпологового періоду

Пологи вимагають від жінки великого напруження духовних і фізичних сил, але не зважаючи на це, виникнення психічних порушень психотичного рівня саме в цей час носить казуїстичний характер. Хоча в емоційно нестійких жінок, які погано переносять біль, можуть мати місце стани сутінково (істерично) зміненої або звуженої свідомості та психомоторного збудження, що іноді супроводжуються лайкою та агресією. Уже після народження дитини в них іноді спостерігається аднексалгія — больові відчуття як психологічно обумовлений «відголосок» пологів. Найбільш ефективним впливом в такому випадку є грамотна психологічна корекція в поєднанні із фізичними вправами.

Найпоширенішою медичною проблемою післяпологового періоду є депресія, що виникає у близько 10% всіх породіль. Схематично жінок, які на неї страждають, можна поділити на дві групи:

- мають конфліктні відносини з власною матір'ю, відчули на собі нестачу материнської ласки, тому мають проблеми зі сприйняттям деяких аспектів сексуальності та материнства;
- уже мають в анамнезі перенесену депресію та вважають себе нездатними контролювати життєві події; народження дитини, як стрес, підвищує для них ризик рецидиву.

Оскільки день початку депресивних проявів, як правило, не збігається із днем пологів (як правило, це 10-14 доба після пологів), то логічно припустити, що причини післяпологової депресії мають більш тісний зв'язок із психосоціальними, а не фізіологічно-ендокринними факторами.

Причиною психологічної кризи може бути конфлікт між наполегливими вимогами дитини, які мама не завжди може адекватно задовольнити, та нарцисичним ставленням до себе. Багато мам очікують того, що материнська любов, котра охоплює їх після пологів, автоматично вирішить проблеми адаптації до нової сімейної ситуації. Насправді ж процес утворення гармонійних сімейних зв'язків залежить від тривалого (кілька місяців) взаємного навчання. При нерозумінні складності цього процесу в породіллі може виникати почуття розчарування й провини, як підґрунтя для наступного розвитку депресії.

Жінки із невротичним складом особистості, ставши мамою, прагнуть ототожнювати себе із жертвою, страждальницею, яку мучить дитина-тиран. Приписуваний дитині «тероризм» є лише нарцисичною гіперболіза-

цією з боку матері. Таке «хизування стражданням» призводить до душевного спустошення, виснаження, що врешті трансформується в депресію й ненависть до дитини, на яку покладається провина за психологічну кризу.

Власне сам стан депресії жінки описують як величезної сили занепокоєння, що «звалюється на голову» й паралізує, викликаючи відчуття непосильної тяжкості та загальмованості. Перші прояви виникають уже через кілька днів після виписки із пологового будинку, проявляючись безпорадністю, важкістю концентрації уваги, страхом за дитину, почуттям провини за свою некомпетентність. Поява ворожості до дитини свідчить про тяжкий перебіг депресії.

Деякі фахівці основним діагностичним критерієм післяпологової депресії вважають **ангедонію** (втрату інтересу до задовольнень) у побуті та сексуальних відносинах. До основних симптомів відносять також песимізм, дратівливість, іпохондричність, розумову жуйку (нескінченні роздуми про одне й те ж), тривогу, плаксивість, безсоння, втомлюваність, порушення апетиту, головні болі. Серед проявів тривоги, що виникають у таких випадках, можна виокремити відчуття серцебиття, панічні атаки, обсесії.

У подальшому клінічна картина розвивається таким чином, що соматичні симптоми, як правило, поступово відходять на другий план, а порушення когнітивних функцій навпаки прогресують. Через три місяці після пологів серед найбільш поширених симптомів залишаються: пригнічений настрій, почуття самотності, суїцидальні думки, розлади сну. Нав'язливий характер носять докори сумління, почуття сорому за свою безпорадність у виконанні материнських функцій. Це змушує уникати соціальних контактів, повністю зосередитися на дитині, а іноді, навпаки, взагалі відмовитися від неї.

Сучасний патоморфоз післяпологової депресії відображає тенденцію до затяжного перебігу, згасання зовнішніх проявів і хронізації процесу. Як правило, жінки уникають звертання за допомогою, оскільки відчувають глибоку провину за свій стан і неспроможність повноцінно виконувати материнські обов'язки. Оскільки апріорі народження дитини має бути щасливою подією, то депресію заперечують як породілля, так і її оточення. В результаті вона ховається під маскою труднощів виховання дитини й приблизно п'ята частина хворих жінок навіть через рік після пологів усе ще знаходяться в депресивному стані, скаржачись на втому і знесиленість, що пояснюють поганим соматичним здоров'ям і переобтяженістю.

У такій ситуації особлива відповідальність лежить на сім'ї породіллі, яка має бути готова до максимально активних але коректних психотерапевтичних дій, спрямованих на допомогу жінці в подоланні її психологічної кризи материнства. Адже якщо післяпологова депресія не діагностується й не лікується, вона може набути хронічного перебігу.

Найбільш небезпечним психопатологічним явищем цього періоду є **післяпологові (лактаційні) психози**, що виникають, як правило, у проміжку між третім і восьмим днем після пологів, на тлі слабкості, безсоння й тривоги. У більшості випадків, ще до пологів можна помітити передвісники цих хворобливих станів: млявість та безсоння.

У літературі часто зустрічаються визначення «генераційні психози», під яким маються на увазі всі психічні порушення під час вагітності, пологів і лактаційного періоду. Але більшість дослідників все ж виділяють післяпологові психози в окрему групу.

За останні десятиліття в їх вивченні виокремились три концептуальні підходи:

1. Розуміння післяпологових психозів як гетерогенної групи, до якої включається і шизофренія, і біполярний афективний розлад, і токсико-інфекційні психози.
2. Прихильники психоаналізу схильні розглядати всю широту можливих клінічних проявів як «єдиний післяпологовий психоз», обумовлений невирішеними конфліктами минулого.
3. Післяпологові психози як самостійні явища, обумовлені гіпертрофією гіпофіза, щитовидної залози, кори надниркових залоз при вагітності та виникненням внаслідок цього ендокринно-діенцефальних порушень, зокрема, дисбалансом відношення фолікулін-лютеїн.

Клінічно цим станам притаманне галюцинаторно-параноїдне збудження. Маніакальні стани менш поширені ніж депресивні, характеризуються безсонням, що сприймається необтяжливо, наростанням балакучості, ейфорії, збудження. Ставлення до дитини в таких жінок легковажне, активність неконструктивна. Завершується маніакальний стан, як і депресія, астеною та головними болями. На цьому тлі можливі випадки агресивної поведінки по відношенню до дитини, іноді суїцидальні спроби.

У психіатричній літературі багато уваги приділяється дослідженню причин вбивства немовлят власними матерями. У більшості випадків це стосується «незаконнонароджених» дітей та асоціальних сімей, але досить поширені подібні випадки й у соціально благополучних родинах. Причиною є стан психотичної ажитациї породіллі, коли її афекти злови шукають виходу та спрямовуються на «джерело мук» — новонароджене дитя. Як правило, таким деліктам передуює нестримне блювання вагітних як прояв підсвідомого заперечення материнства.

Раннє виявлення й профілактика цих станів — одна з основних задач психологічної служби пологового будинку. Своєчасна допомога дає можливість запобігти наростанню психотичних переживань жінки, попередити небезпеку для дитини та конфлікти з близькими людьми.

10.5. Дитяча перинатальна психопатологія

Немовлята раннього віку переживають процес диференціації між психікою й тілом, результатом чого є виокремлення власного Я за межами материнського психофізіологічного простору. У цей час вони потребують наявності гаранта своєї безпеки в навколишньому світі. В нормі цю функцію виконує мама, але, іноді, під впливом нервово-психічних захворювань вона стає нездатною справлятися із цими обов'язками, до того ж індукуючи немовля своїми негативними емоціями.

Оскільки характер реагування дитячого організму на стреси в цьому віці відзначається низькою диференційованістю при високій збудливості, то наслідком виховання в такій психологічній атмосфері часто стають психосоматичні розлади. Найбільш уразливою є система травлення, розлади якої в МКХ-10 зведені до рубрики F98.2 — розлади харчування дитячого віку. Виключеннями є пікацизм, що має шифр F98.3, анорексія (F50) і переїдання (F50.4).

Дитяча колька (спастичний діатез) — виникає зазвичай у періоді між третім тижнем і третім місяцем життя, про що свідчать крик і плач немовляти, котрі вдається ненадовго вгамувати лише годуванням. Медикаментозна терапія, спроби переглянути режим харчування або замінити грудне молоко на суміш, полегшення, як правило, не приносять. Оскільки цей розлад не спостерігається серед сиріт, які мешкають у притулках, то його пов'язують із впливом тривожної гіперопіки матері на дітей із підвищеним м'язовим тонусом. Наприкінці третього-четвертого місяця життя настає період фізіологічного зменшення напруженості м'язів і симптоматика спастичної коліки, як правило, безслідно минає.

Аерофагія (грецьк. *aeros* — повітря, *phagein* — поглинати) — ковтання повітря при жадібному смоктанні або ж, рідше, безвідносно до прийому їжі. Також зустрічається переважно в немовлят тривожних матерів і має наслідком метеоризм, відрижку й блювання.

Інфантильна анорексія (грецьк. *a* — префікс, що означає відсутність; *orexis* — апетит) — втрата апетиту немовлям внаслідок безладного прикладання його до грудей матір'ю, не здатної диференціювати сигнали про голод і насичення. Лікування цих станів вимагає як спрямованих на боротьбу з гіпотрофією зусиль педіатрів, так і психотерапевтичного подолання конфлікту у відносинах «мама — дитя».

Також явища інфантильної анорексії можуть бути проявом **анаклітичної депресії** (грецьк. *anaclysis* — відсутність опори) — відповіді дитячої психіки на ситуацію позбавлення материнської опіки. Ступінь тяжкості порушень і стійкість симптоматики при цьому визначаються особливостями взаємин до розлуки.

Психогенна гіпотрофія є наслідком емоційної і сенсорної депривації дитини внаслідок нехтування її потребами матір'ю. Як правило, гли-

бинною причиною таких ситуацій є неусвідомлений спротив материнству жінки, незадоволеної шлюбом або стосунками із партнером. Клінічно цей стан характеризується зменшенням маси тіла дитини при відсутності каузального зв'язку між схудненням і недостатнім харчуванням чи клінічно значимою соматичною патологією.

Психогенна булімія виникає в дітей раннього віку як відповідь на відчуття загрози розриву зв'язку із матір'ю. У пошуках механізмів заспокоєння тривоги вони перетворюють їжу з фізіологічного процесу насичення поживними речовинами на привід для контакту з материнською груддю, що є частиною психологічного ритуалу подолання страху сепарації.

Меріцизм (грецьк. *terykismos* — жування) або **румінація** (лат. *ruminatio* — пережовування) — багаторазове некероване відригування спожитої їжі й повторне її пережовування, що може бути для дитини як способом залучення уваги байдужої матері, так і реакцією на гіперопіку надміру тривожної мами, стурбованої фізіологічним зригуванням. Ця відрижка не тільки не викликає звичайних у таких випадках неприємних відчуттів, але й при тривалому жуванні супроводжується викидом ендорфінів, що загрожує формуванням залежності від патологічного поведінкового стереотипу.

Пікацизм (лат. *pica* — сорока) — потяг до поїдання неїстівного, що реалізується переважно у формі **копрофагії** (поїдання екскрементів). Такою є відповідь на непостійність і суперечливість поведінки мами, яка, хоча відкрито й не виявляє негативних почуттів, але амбівалентно поєднує у своєму ставленні до дитини елементи гіперопіки та емоційного відторгнення. У значній частині випадків причиною такої поведінки є недіагностовані післяпологові психози з депресивним компонентом, тому первинним завданням є корекція психічного стану матері, а поновлення гармонійності її діадних стосунків із дитиною відбувається на другому етапі.

Оскільки психосоматичні розлади в дітей раннього віку, як правило, є вторинним наслідком неправильного догляду, то реалізуючи програму психокорекційних заходів доцільно здійснювати вплив передусім на матір. До того ж, спостерігати динаміку її психічного стану значно легше, ніж аналізувати психіку дитини.

Невчасна діагностика та відсутність ефективних психотерапевтичних заходів призводять до хронізації хворобливих процесів і закріплення їх патогенного впливу у вигляді деформацій особистості та поведінкових розладів дитячого й дорослого віку. З огляду на зазначене вище, уже під час вагітності можна й потрібно займатися профілактикою виникнення психосоматичних розладів як у матері, так і в дитини.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОПОМІЧ

Починаючи від рішення про готовність до батьківства й далі, протягом вагітності, пологів і післяпологового періоду, сімейна пара постає перед необхідністю подолати цілий ряд кризових ситуацій, обумовлених фізіологічними та психологічними трансформаціями на шляху до свого нового статусу. Зрозуміти суть виникаючих проблем, допомогти відповідально та осмислено пройти шлях до материнства — серйозна і непроста задача. Тому на всіх цих етапах реалізації репродуктивної функції тією чи іншою мірою існує необхідність у фаховій допомозі як вагітній жінці, так і її оточенню.

11.1. Психопоміч на етапі планування вагітності

В Україні охорона здоров'я матері й дитини регламентована законодавчо й передбачає, зокрема, допомогу в плануванні сім'ї, психологічне консультування та допологове диспансерне спостереження, заходи в рамках якого послідовно розподілені між жіночими консультаціями та пологовими будинками.

Частина сімейних пар потребує допомоги психолога іще на етапі планування вагітності, зокрема, це стосується проблеми фригідності, що стає на перепоні формування сексуальної гармонії як ключового елементу сімейного життя. Жінок, які страждають від фригідності, поділяють на три типи:

Гоноровито-цнотливі — мають туманне уявлення про статеве життя, але вороже налаштовані щодо нього, бояться вагітності й пологів, імітують інфантильну наївність, неумілість.

Каструючий тип — агресивні жінки, які статеве життя перетворюють на поле битви, тероризуючи чоловіків і доводячи їх до імпотенції.

Тип «бджолої матки» — орієнтовані на народження дітей, але зневажливо ставляться до сексуального життя, яке вважають обтяжливою умовою на шляху до вагітності.

У кожному із цих випадків має бути виконана комплексна психотерапевтична робота, спрямована на гармонізацію внутрішньосімейних стосунків як важливої умови благополучного протікання усіх процесів на шляху до материнства.

Не менш важливою проблемою є формування правильної мотивації щодо зачаття. Прагнучи якомога краще розібратися в мотивах зачаття,

перинатальний психолог має розуміти, що відповіді на прямі питання нерідко можуть вводити в оману або бути невірно розтлумачені. До того ж, деякі мотиви можуть неусвідомлюватись у результаті витіснення або інших механізмів захисту особистості. Ну і, насамкінець, один і той же мотив за певних умов може бути як конструктивним, так і деструктивним. Тому доцільно здійснювати комплексне детальне розпитування обох партнерів із використанням навідних питань.

Однаково небезпечними є як легковажність у ставленні до батьківства, так і його надмірна комерціалізація, рентні установки при плануванні вагітності.

У першому випадку безтурботність і непродуманість у ставленні до сексуального життя має наслідком непланові вагітності, що обертаються соціальною неготовністю й непристосованістю до викликів, які постають на шляху виношування, народження й виховування дітей.

Надмірний же прагматизм, прагнення досягнути якихось меркантильних цілей за допомогою самого факту народження малюка, створює нездорову психологічну атмосферу в сім'ї. Виникає ситуація коли, образно кажучи, батьки розглядають немовля як власну інвестицію й чекають повернення боргу, а дитя народжується не розуміючи, що уже є боржником.

У Стародавньому Римі досить поширеною була фраза «діти — багатство бідних». Малось на увазі, що нижчі верстви громадян не маючи засобів до існування можуть у крайньому випадку вирішувати свої проблеми використовуючи власних дітей: для жебрацтва, або продаючи їх ремісникам в якості учнів та помічників.

Пролетарій (лат. *proles* — *потомство*) — незаможний, але юридично вільний римський громадянин, який служить державі тільки тим, що народжує дітей.

Звичайно, що сучасна цивілізована людина має всі можливості більш гармонійно розпоряджатись своєю репродуктивною функцією, розглядаючи власних дітей як самостійних особистостей, а не як інструмент досягнення кон'юнктурних цілей.

Ця проблема не є суто етичною, адже ставлення батьків до інтимного життя безпосередньо відбивається на їхньому сприйнятті вагітності, коли вона настає. Непланове зачаття в значній частині випадків обертається байдужим або навіть ворожим ставленням до дитини, яке зберігається навіть по мірі дорослішання. Якщо ж зачаття планувалось, то чи як холоднокровно й педантично, з темпераментом і пристрастю, на тлі розмов та обговорень або ж як результат мовчазної згоди? На думку Е. Верне, усе це знаходить відображення в життєвому сценарії майбутньої дитини.

Тому з'ясування мотивів й обставин зачаття, корекція мотиваційної сфери майбутніх батьків — важливий елемент роботи перинатального психолога.

11.2. Психопоміч під час вагітності

Після благополучного настання вагітності майбутні батьки постають перед необхідністю докорінно змінити характер своїх стосунків і коло обов'язків, до чого далеко не завжди виявляються готовими.

Вагітність може як змінювати взаємини подружжя на краще, так і погіршувати їх. Чоловік може відчувати до дружини почуття вдячності, ставати більш ніжним та уважним. Але часом звістка про вагітність дружини викликає в чоловіків психологічний дискомфорт, роздратування, робить їх агресивними. Іноді навіть запланована й бажана вагітність не зближує подружжя, а, навпаки, робить напруженою сімейну ситуацію.

Сценарій розвитку взаємин після настання вагітності залежить, головним чином, від від переважання конструктивних і неконструктивних мотивів самого зачаття. На жаль, майбутні батьки, як правило, не здатні усвідомити ці закономірності, якщо й намагаючись якимось пояснити нюанси своєї поведінки, то переважно вдаючись до раціоналізації й витіснення.

В ідеалі, палка закоханість, що передує зачаттю, завдяки гармонійному співвідношенню психотипів чоловіка й дружини має поступово трансформуватись у нові грані взаємної приязні: емпатію, підтримку, жертвність, співчуття. Особливо гостро цього потребують жінки, адже під впливом нейрофізіологічних трансформацій їх афективна сфера стає дуже вразливою. У такому стані вони відчувають труднощі з опановуванням себе в конфліктних ситуаціях і схильні шукати сторонньої опори, перш за все в чоловіка. Але іноді, в силу міжособистісної дисгармонії або ж недостатньої компетентності партнера, жінка не отримує від нього достатньої психологічної підтримки. У такому випадку дуже важливою є наявність людини, здатної допомогти в іншому світлі побачити свої проблеми, здобути впевненість, надію й сили.

Доцільно, аби відповідну роботу проводили фахівці в перинатальних центрах, жіночих консультаціях, пологових будинках, дитячих поліклініках, а не ентузіасти без спеціальної підготовки. Від цього багато в чому залежить створення оптимальних умов для розвитку пренейта й немовляти, охорона не тільки психічного, але й соматичного здоров'я сім'ї.

Передовсім, таку роль має виконувати перинатальний психолог, діяльність якого покликана підвищувати психічні ресурси та адаптаційні можливості особистості, спрямовані на реалізацію репродуктивної функції. Але поряд із професійними психологами, не менш вагому роль можуть відігравати добре підготовлені сестри й акушери, у спілкуванні з якими жінки часто бувають більш відвертими та довірливішими ніж з лікарем.

Майбутнім батькам надається не тільки психологічна, але й психотерапевтична, а іноді й психіатрична допомога. Головними завданнями психопоміч на етапі супроводу вагітності є:

- подолання тривожності й підвищення материнської компетентності;
- формування материнської сфери й прийняття власної тілесності;
- гармонізація взаємодії з дитиною.

Ці завдання зручніше вирішувати в рамках групових форм роботи, перевагою яких є економічність, мультифункціональність і широкі перспективи використання феноменів групової взаємодії. Зазвичай, подібні заняття проводяться в групах по 6-8 чоловік, аби створити можливості для обміну досвідом і враженнями з іншими вагітними жінками. Фізичні вправи поєднуються із обговоренням проблем, які турбують майбутніх мам.

Подолання тривожності

Важливим елементом психотерапевтичного супроводу вагітності є скеровування в правильне русло емоційних реакцій майбутніх мам. Наприклад, згідно з традиційними народними уявленнями, під час першого триместру вагітності їх бажано взагалі ізолювати від галасливих скупчень людей, натовпів, забезпечивши спілкування в сімейному колі, між собою, або зі священниками. Вважалося, що займаючись мистецтвами, доглядаючи за квітами й співаючи пісень, жінка занурюється в атмосферу прекрасного й це є запорукою приємної зовнішності та доброї вдачі її майбутньої дитини.

Емоційна вразливість вагітних жінок накладає додаткову відповідальність на медиків. «Це призведе до викидня», «Таз вузький, дитина не пройде», «Ти така слабка — не народиш» тощо — подібні необережні висловлювання можуть стати причиною ятрогенії. Реакція на почуте, як правило, є відстроченою, із поступовим наростанням нав'язливого переживання страху та втратою довіри до медичного персоналу, що може суттєво ускладнити перебіг пологів.

Неправильною є ситуація, коли скарги вагітних невротичного характеру або ігноруються, як природний прояв «особливого становища», або мають наслідком лише призначення симптоматичної медикаментозної терапії.

Загалом, за даними різних джерел, близько 30-40% жінок вживають під час вагітності психотропні препарати. Оцінюючи таку ситуацію, ми повинні мати на увазі, що навіть відсутність досліджених тератогенних ефектів не робить фармакотерапію абсолютно безпечною для гармонійного розвитку плоду. Особливо це стосується психофармакології, адже абсолютно безпечних психотропних препаратів не існує, тим більше що їх дослідження відбувається на дорослих людях, а не на ембріонах. Навіть якщо достеменно встановлено, що ці ліки є абсолютно нешкідливими для дорослої жінки, це не означає, що їх вплив так само легко зможе перейти в крихітний внутрішньоутробний організм, який перебуває в ситуації стрімких трансформацій і в усьому залежить від матері, існуючи у створеному нею середовищі.

Кращою альтернативою фармакологічного лікування психічної проблематики невротичного рівня під час вагітності є психотерапія — лікувальний вплив на психіку й через психіку на організм хворого. Відповідні методики можуть замінити цілу низку препаратів, що застосовуються в перинатології, особливо це стосується ліків із седативною дією.

Найбільш ефективним засобом подолання тривожності на сьогодні вважається когнітивно-біхевіоральна психотерапія. Цей метод заснований на уявленні про те, що поведінкові проблеми людей є наслідком їх неадекватного сприйняття себе й світу. Перебудувавши власне мислення, розвинувши здатність реалістично оцінювати життєві події та конструктивно на них реагувати, людина зовсім інакше починає сприймати себе та власне становище — стає адаптивнішою, успішно підлаштовується під ті обставини, які не в силах змінити.

Першим етапом роботи в групі є знайомство учасників і подолання їх тривожного ніяковіння при спілкуванні. Для цього використовуються різноманітні прийоми, наприклад: вітання, комплімент, імпровізація.

У подальшому, тренінг спілкування дозволяє кожному учаснику групи винести на загальне обговорення будь-які свої внутрішні переживання. Характер питань, які піднімаються, свідчить про рівень комунікабельності та наявність страху публічності учасниць групи.

Поступове усвідомлення «неунікальності» власних проблем, що відбувається під час групових занять, дозволяє подолати відчуття безвиході й безпорадності, присвятити себе ефективному вирішенню проблем на основі чужого досвіду, замість безплідного їх «переживання» на самоті.

Із фармакологічних засобів на цьому етапі досить широко використовують вальпроати, які допомагають згладжувати афективні спалахи у вагітних жінок.

Формування материнської сфери

Ключовим елементом формування материнської сфери є становлення жіночої зрілості як передумови розвитку материнських почуттів. Завданням психотерапії на цей час є адаптація жінки до нового вигляду власного тіла, зміненого вагітністю, та інтеграція до її свідомості образу дитини, аби вона не сприймалась чужорідним елементом, який викликає дискомфорт.

Із цією метою уже під час перших групових занять доцільно здійснювати знайомство із найпростішими вправами тілесно-орієнтованої психотерапії. Це можуть бути сидячі пози (на колінах, навпочіпки, сидячи, схрестивши ноги), що виконуються із прямою спиною та фіксацією уваги на видиху, дозволяючи здійснювати розтяжку тазостегнових суглобів. Наприклад, поза «напівлотоса» — спираючись руками об коліна й виконуючи повільні повороти праворуч і ліворуч із видихом на повороті; «метелик» — сидячи на підлозі тримаючись руками за стопи виконання

колінами легких махів; «гойдалка» — від позиції сидючи на підлозі розгойдування на спині притримуючи руками ноги.

Застосування масажу доцільне за умови навчання технологіям виявлення акупунктурних точок. Масаж стоп виконується самостійно, сидючи на підлозі або на стільці, а масаж крижів і плечей виконуються партнером (на занятті) або чоловіком вдома. Самомасаж погладженнями виконується в будь-який зручний час дня, особливо при появі дискомфорту у ногах, руках або поперековій ділянці. Техніки точкового масажу, як правило, запозичуються із давньої японської оздоровчої гімнастики шиацу. Особливий акцент робиться на точках стоп, підколінних зонах, попереку, плечах. Круговий вібромасаж подушечками пальців дозволяє м'яко й поступово знизити больові відчуття в конкретній зоні, що є проекцією відповідної частини тіла.

Дуже важливо сформувати в майбутньої мами стереотипи поведінки, спрямовані на захист дитини як окремого організму, хоча і ще не народженого. Жінки із такими установками свідомо пригнічують у собі всі небажані емоції, аби не зашкодити своїми переживаннями малюку. Вони активно й охоче спілкуються із дитиною, лагідно пояснюють їй все що відбувається, у разі потреби заспокоюють. У цей час пренеїт фіксує на підсвідомому рівні інформацію, котра в дорослому віці стане базою його світогляду.

Розуміння всієї глибини зв'язку з дитиною впливає й на перебіг пологів: жінка зовсім інакше сприймає випробування на шляху до материнства. Вона вчиться регулювати свій тонус і, реагуючи на біль від перейм замість напруження усіх м'язів, залишає відкритим шлях виходу для дитини.

Загальну успішність здійснюваних заходів можна оцінити діагностуючи стан п'яти базових блоків готовності до материнства.

Особистісна готовність — загальна особистісна зрілість (адекватна віково-статеві ідентифікація; здатність до прийняття рішень і відповідальності; внутрішній локус контролю; відсутність залежностей) й особистісні риси, які необхідні для ефективного материнства (емпатія; здатність до спільної діяльності; інтерес до розвитку іншої особистості; інтерес до діяльності вирощування і виховання; культура тіла).

Адекватна модель батьківства — адекватність моделей материнської та батьківської ролі поведінки, сформованих у сім'ї; оптимальні для народження й виховання дитини установки, виховні стратегії.

Мотиваційна готовність — зріла мотивація щодо народження дитини, при якій дитина не є засобом статевого розмноження, вікової чи особистісної самореалізації жінки, засобом утримання партнера, компенсації своїх дитячо-батьківських відносин, досягнення певного соціального статусу тощо.

Сформованість материнської компетентності — розуміння не тільки фізичних, але й психічних потреб дитини, сенситивність до її сигналів про допомогу та здатність до адекватного на них реагування. Важли-

вою є не тільки гнучке ставлення до режиму, з його корегуванням відповідно до індивідуального ритму життєдіяльності дитини, але й реагування на вимоги власного організму.

Сформованість материнської сфери — материнство має стати частиною особистості жінки, включаючи емоційний, операціональний та ціннісно-смысловий блоки. В процесі онтогенезу жінки, у взаємодії з власною матір'ю, сюжетно-рольових іграх у ляльки тощо у кожному блоці послідовно формуються необхідні компоненти. В емоційному: потреба у взаємодії з дитиною, турботі й догляді за нею, реакція на її фізичні та поведінкові особливості. В операціональному: операції вербального й невербального спілкування з дитиною та адекватний стиль емоційного супроводу (здатність до впевнених, але обережних і ласкавих рухів). У ціннісно-смысловому: адекватна цінність дитини та материнства, визнання за дитиною права на індивідуальність і відмова від рентних установок у питанні материнства.

Зміст усіх п'яти блоків готовності до материнства онтогенетично взаємопов'язаний і діагностується за допомогою спеціальних методик, що дозволяє виділити мішені корекції та впливати на них адекватно індивідуальним особливостям особистісної й материнської сфер жінки.

Гармонізація взаємодії з дитиною

Найбільш комплексним і прогресивним методом гармонізації стосунків у трикутнику «майбутня мама — ненароджене дитя — майбутній батько» на сьогодні є гаптономія, що набуває останнім часом неабиякої популярності в перинатальних психологів та їх клієнтів.

Гаптономія (грецьк. *hapsis* — дотик) — навички емоційного й тактильного спілкування батьків із дитиною до пологів та одразу після них.

Це техніка, що не є ні ідеологією, ні філософією. Її мета — розвиток у пренейта почуття базової безпеки завдяки встановленню емоційного контакту з батьками. Досягається це завдяки його здатності внутрішньоутробно отримувати й запам'ятовувати інформацію, здобувати навички.

Основоположником вчення вважається нідерландський педіатр *Frans Veldman*, який на основі власних спостережень дійшов висновку, що брак проявів любові до дітей з боку батьків є причиною ненависті у майбутньому. Метод гаптономії F. Veldman полягає в тому, що торкаючись руками живота матері батько може повідомити дитині про своє існування та зав'язати з нею первинний контакт.

Françoise Dolto — французький психоаналітик, підтримала й розвинула теоретичну концепцію гаптономії. Вона обґрунтувала припущення про те, що пренейт перебуває в постійному несвідомому спілкуванні з матір'ю, відчуває на собі прямий вплив її емоцій, тобто існує можливість психотерапевтичного ефекту вербальних звертань до нього.

Хоча точна природа й конкретний рівень комунікації всередині тріади ще далекі від остаточного дослідження, але й відомі факти про здатність дітей внутрішньоутробно диференціювати подразники вражають. Уже через три місяці після зачаття, задовго до появи функціонального слуху формується здатність реагувати на вібрації вод від звукових хвиль: ще не народжена дитина здійснює рухи у напрямку голосу, який її кличе. Якщо голос матері для ембріона лунає завжди в одному і тому ж місці, то звертання батька походять із зовнішнього світу, а тому створюють випереджальне уявлення про простір.

Дослідним шляхом було доведено, що пренейт здатен виконувати рухи на зустріч не тільки голосу, а й дотикам рук батька, впізнаючи їх серед інших. Систематичні та цілеспрямовані тактильні впливи й емоційне спілкування викликають подразнення аналізаторів та активізацію нейронів дитячого мозку, наслідком чого є стимуляція процесу утворення міжнейронних зв'язків. Тому дуже важливо навчити майбутніх батьків елементарним прийомам, що дозволяють налагодити сімейну комунікацію уже на цьому етапі.

Навчившись азам спілкування в межах тріади, сімейна пара усвідомлює наявність власних феноменальних, але до пори прихованих здібностей, доступ до яких відкриває їм гаптономія. Спостерігаючи реакції ненародженої дитини, вступаючи із нею в спілкування, вони переживають актуалізацію інстинктивних почуттів, отримують потужний стимул до проявів турботи й відповідальності, що і є глобальною суттю батьківства. Зрозумівши, що дитина здатна на вибір, майбутні мама й тато відкривають її для себе як справді іншу людину, а не позбавлену свідомості частину тіла матері, надають статус співрозмовника, із яким можна спілкуватися на рівних, суб'єкта, що володіє бажаннями та є індивідумом. Це допомагає створити й розвинути психоемоційний зв'язок між батьком, матір'ю й дитиною.

З іншого боку, якомога більш раннє спілкування допомагає дитині інтегрувати образи батьків до своєї картини світу, що є важливим для розвитку почуття базової безпеки. Це ще один аргумент на користь того, що ідеальним є якомога більш ранній початок навчання прийомам гаптономії. Критично важливо, аби це відбулось до сьомого місяця вагітності та не припинялось навіть під час пологів і безпосередньо після них.

У випадку раптового розлучення з батьками в новонародженого відбувається «розрив ідентичності», що може відображатись у психопатології дорослого життя при зіткненні з окремими елементами ситуації, котра викликала конкретну емоцію на перинатальному етапі розвитку. Тому в драматичних випадках, наприклад, при загрозі викидня, досвідчений гаптотерапевт може надавати термінову допомогу навіть у пологовій палаті.

Гаптономія є несумісною із йогою, софрологією та подібними методиками через конкурентне навантаження на відповідні структури ЦНС. Також вона потребує інтимності, а тому ніколи не практикується у формі

групової роботи. Відповідна атмосфера має досягатися у трикутнику, а не в межах класичної діади. Спроби інтимного спілкування матері й дитини за відсутності батька є докорінно неправильними, оскільки посилення й так гіпертрофованого в цей час діадного зв'язку робить стосунки «задушливими», руйнуючи базові елементи функціонування сім'ї. Залучення ж батька дозволяє не тільки знизити тривогу жінки, але й створити прообраз сімейних стосунків, який фіксується в підсвідомості дитини.

Якщо батько помер або через поважні причини не має змоги брати участь у сеансах гаптономії, то відповідний супровід може здійснювати навіть жінка із числа близьких родичів, або гаптопсихотерапевт. Але це не означає самої можливості замінити кимось батька в рамках тріади.

Практична методика гаптономії полягає в тому, аби щоденно в один і той же час доби практикувати по 15-20 хвилин наповненого тактильними відчуттями й емоційним змістом спілкування з дитиною, яка швидко звикаючи до таких «сеансів» починає самотійно «виходити на зв'язок».

Перепоною для успішного подолання цього початкового, але найбільш складного етапу оволодіння навичками прямого афективного спілкування, можуть бути надмірна раціональність або тривожність когось із сімейної пари. Іноді їх відкритості може заважати присутність та посередництво гаптопсихотерапевта. У таких випадках варто запропонувати здійснювати сеанси зв'язку в домашніх умовах, довільно обираючи спосіб впливу: заспівати пісеньку, розповісти казку, погладити живіт у такт звучання голосу.

Важливим елементом формування відносин у рамках такого спілкування є гра. Наприклад, батько може затіяти гру на зразок «ку-ку, а ось і він!», запрошуючи дитя відповідати на його ніжні дотики та слова й переміщуватись у лоні. Мама при цьому сприяє відповідним переміщенням, емоційно заохочуючи дитину і забезпечуючи їй свободу рухів шляхом м'язового розслаблення. Це архаїчна версія гри «Fort! Da!» описаної S. Froid (1906). Спостереження показують, що в таких ситуаціях дитина діє не тільки рефлексивно, але й здатна приймати рішення про напрямки та амплітуду своїх рухів, залежно від обставин спілкування.

Ігрова діяльність має сприяти «діяльності втрюх», але ні в якому разі не перетворюватись на «тренування успішного плода прогресивними батьками». Небезпечним є сприйняття гаптономії як способу допологової «освіти» дитини, адже питання корисного обсягу внутрішньоутробного стимулювання на сьогодні є дискусійним. Існують думки про те, що за певних умов воно може бути надмірним, адже в гонитві за раннім розумовим розвитком дітей батьки іноді здійснюють посилене «бомбардування» слухового й тактильного аналізаторів пренейта. Потрібно пам'ятати: таке навчання може викликати в дитини стрес.

Велике значення мають стосунки, які встановились у подружній парі до вагітності. Як би не приховувались сімейні конфлікти, але показна зовнішня згода не дозволяє імітувати щирість на рівні підсвідомих сиг-

налів, на які реагує дитина. Тому напруження в стосунках чоловіка й жінки стає дуже помітним під час гаптономічних сеансів, покликаних знайти гармонію в рамках тріади. Зіткнувшись із подібним, не варто братись за вирішення усіх глибинних проблем подружжя, але потрібно допомогти майбутнім батькам, наскільки це можливо, ефективно реалізувати своє покликання зберігши сімейну єдність не зважаючи на взаємні претензії.

Фахове виконання згаданого вище комплексу заходів щодо психологічного супроводу вагітності сприяє успішним пологам і збереженню сімейної гармонії

11.3. Психопоміч після перинатальної втрати

Горе є природним процесом, що відіграє важливу роль у процесі адаптації до ситуації нової реальності «життя після втрати». Але цей психотерапевтичний механізм легко може набувати деструктивних рис у випадку його затягування, або ж, навпаки, блокування.

Тому діагностика цих станів має здійснюється спеціалістами з урахуванням як власне клінічних (психопатологічних, соматичних, неврологічних) симптомів, так і психологічних характеристик пацієнта. Саме індивідуальна психологічна складова забезпечує специфічність усього терапевтичного процесу.

На сьогоднішній день немає загальноновизнаних теоретичних концепцій переживання горя, які б давали універсальні та стабільно ефективні рецепти пристосування до нових реалій життя після краху очікувань материнства, але можна виділити кілька головних аспектів психопоміч:

1. Супровід і психологічна підтримка — здійснюється близькими людьми.
2. Психологічне консультування — проводиться кваліфікованим психологом.
3. Психотерапія та медикаментозне лікування — функція психіатрів, психотерапевтів.

Супровід і психологічна підтримка

Переживаючи реакцію горя, гостро потребують психологічної підтримки не тільки безпосередньо жінки, але й їх партнери чоловіки, а іноді навіть діти та близькі родичі. Як правило, пацієнти та їх близькі схильні шукати причину трагедії передусім у діях лікарів. Навіть за умови об'єктивно бездоганно наданої допомоги у разі перинатальної втрати досить частими є несправедливими звинувачення на їх адресу. Внаслідок цього, у медичних працівників, які працюють у таких умовах, часто виникають ознаки професійної деформації особистості, можливий розвиток синдрому вигорання. Недостатня психологічна підготовка медиків може призводити до ятрогеній, погіршення психічного стану жінок та їх близьких.

Основна роль у ситуації психологічного супроводу осіб, які переживають перинатальну втрату, має відводитися спеціально підготовлено-

му для роботи з проблемами смерті середньому медичному персоналу. У перші дні після події не бажано лишати горюючих пацієнтів на самоті, хоча й намагатись їх розрадити кардинально змінюючи життєвий уклад також не варто. Траур є цілком природним етапом переживання перинатальної втрати, завдання психологічного супроводу полягає лише в гармонізації його перебігу.

У різних культурах траур має певну традиційну тривалість, тому надаючи психологічну підтримку потрібно враховувати релігійні, етнічні та культурні уявлення пацієнта. Передчасне припинення трауру й скорботи, як правило, засуджується суспільством, а ось до затягування цього ритуалу ставлення неоднозначне.

Іноді культуральна установка розцінює послаблення емоційного зв'язку із померлими близькими як зраду, образу їх пам'яті. Таке переконання досить часто виникає в жінок стосовно втраченої вагітності, особливо якщо на цьому наполягає оточення, зокрема, чоловік. Поведінка за стереотипом «вірної вдови» схвалюється соціумом, але психотерапевтично є деструктивною.

Небезпека пролонгованого періоду жалоби полягає в тому, що люди, як правило, уникають звертання за допомогою, навіть якщо почувають себе дуже погано. Вважається, що цей період необхідно стійко переносити, а страждання лише засвідчують щирість почуттів до померлого.

З іншого боку, перинатальні втрати несуть у собі низку особливостей, що не тільки обумовлюють тяжкість горювання, але й частково блокують нормальний перебіг горя та жалоби. Зокрема, у суспільстві поширене «полегшене» ставлення до втрати ембріону чи немовляти, адже вони не встигають соціалізуватися й «нічого не розуміють». Тому для значної частини оточуючих бажання батьків повноцінно пережити процес трауру є малозрозумілим.

До того ж, у випадку втрати вагітності або смерті новонародженого немає вираженого феномену відсутності, а тому немає й сигналу про втрату. Це створює труднощі інтерналізації факту того, що смерть дійсно відбулася: «Не стало того, кого ніби то ще й не було». У батьків, особливо в чоловіків, дуже мало матеріалу для реалістичних спогадів про померлого та взаємини з ним.

І, нарешті, підсвідомі захисні механізми особистості можуть просто блокувати саме визнання факту того, що втрата відбулась, адже смерть дитини порушує інстинктивно обумовлену базову батьківську функцію, а це суперечить законам природи.

Оплакування та показне голосіння можуть носити як культуральний (ритуальний, обрядовий), так і індивідуально-особистісний характер. Іноді навколишні відчують дискомфорт від цих емоцій і не знають, як їм правильно реагувати. Намагаючись заспокоїти, вони посиляють сигнали про заперечення необхідності зажури, що часто підтримуються власни-

ми внутрішніми прагненнями того, кому вони адресовані. У такій ситуації прояви горя можуть блокуватися, емоції залишаються не відреагованими й результатом стає хронізація та соматизація процесу.

В ідеалі, по мірі хронологічного віддалення від трагічної події душевний біль має поступово стихати, втрачати ознаки тотальності й перетворюватися на контрольований, доречний до місця й часу смуток. Відсутність же ознак горя взагалі може вказувати на блокування нормального процесу переживання втрати, що небезпечно досить тяжкими наслідками, адже переробка наявного психологічного конфлікту не відбувається, а витіснення його у сферу підсвідомого може носити суто тимчасовий характер.

Про сприятливий перебіг переживання втрати свідчить бажання людини спілкуватись. Тому навіть якщо балакучість пацієнта супроводжується не зовсім адекватними міркуваннями про стан справ, оточуючі не повинні негайно спростовувати ці твердження. Потрібно набратись терпіння та, не перебиваючи, уважно все вислуховувати, адже сама наявність можливості поділитись своїми переживаннями та отримати співчуття має психотерапевтичний вплив.

Психологічне консультування

Це вид професійних послуг емоційної, смислової та екзистенційної підтримки, що надається фахівцем-психологом клієнтам, зацікавленим у вирішенні своїх психологічних проблем. Метою консультування є допомога в осмисленому досягненні поставлених життєвих цілей на основі усвідомленого вибору.

Основними загальнотеоретичними підходами в консультуванні є: психодинамічний, поведінковий (біхевіоральний), когнітивний, гуманістичний (екзистенційно-гуманістичний, феноменологічний).

Відносно реакцій на тяжку втрату більшість практикуючих психологів використовують стратегії, котрі базуються на концепції Worden J. (1998). Її суть полягає в тому, що психологу в роботі з клієнтами, які переживають втрату, необхідно вирішити чотири основних завдання:

- 1) допомогти визнати факт втрати;
- 2) пережити її біль;
- 3) організувати оточення, яке не актуалізує психотравмуючі спогади;
- 4) вибудувати нове ставлення до того, що сталося, і продовжувати жити.

Блокування розвитку реакції горя під впливом різного рівня патологій може відбуватись на будь-якому із цих етапів. Ознаками того, що горе не стихає, а період жалоби затягується, є низька активність пацієнта, його пригнічений настрій, почуття провини.

Деякі люди для пом'якшення душевного болю допускають у свідомість лише позитивно-ідеалізовані думки про втрачену дитину, уникаючи болісних спогадів. Певна частина з них починає вживати алкоголь або наркотики, інші використовують безперервні подорожі або занурюються «з

головою» в напружену роботу, котра не дозволяє замислюватися ні про що, окрім повсякденних справ.

Такі варіанти захисної поведінки мають свої причини, проте, не завжди їх потрібно ретельно досліджувати, оскільки розкриваючи причини уникання ми можемо викликати ще більш сильний біль. Тільки поява суїцидальних думок завжди є приводом для негайного призначення консультації психіатра.

Медикаментозне лікування

Переживання втрати за сценарієм неускладненого горя загалом не потребує призначення медикаментозної терапії, хоча іноді можливе короточасне й обережне призначення транквілізаторів. Прохання пацієнта не скасовувати прийом «заспокійливих» є тривожним сигналом, котрий слід розглядати як ознаку патологічного перебігу реакції горя.

У випадку ускладненого горя, залежно від специфіки психопатологічної симптоматики, призначається психофармакологічна корекція: транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, антиконвульсанти. На початкових етапах терапії призначаються мінімальні дози транквілізаторів (сібазон, феназепам, атаракс, діазепам, алзолам та ін.) і «м'які» нейролептики (еглоніл, сонапакс, хлорпротиксен). Індивідуально можуть використовуватися нейрометаболічні церебропротектори, ангіопротектори, вегетотропні препарати, нормотіміки, антиконвульсанти.

Антидепресанти в гострій стадії реакції втрати, як правило, неефективні. Раннє їх призначення показане лише у випадках перенесеного депресивного епізоду в анамнезі. Більше того, використання на початковому етапі лікування потужних нейролептиків та антидепресантів може дати зворотний ефект: різко погіршити стан пацієнта.

У випадках резистентних затяжних депресій на фоні патологічних реакцій горя, необхідно враховувати наявність коморбідних розладів особистості або розладів ендогенно-процесуальної природи.

Психотерапія

У випадку патологічного реагування на втрату (ускладнене горе) будь-яка медикаментозна терапія не принесе належного результату без адекватної психотерапевтичної підтримки. Метою психотерапії є екологічна інкорпорація факту втрати до психологічного простору суб'єкта та його адаптація до «нового» життя.

Для здійснення цієї мети доцільно використовувати синергетичний підхід. Синергетика як філософсько-методологічний підхід — це, по суті, теорія еволюційної самоорганізації в системах різної природи, завдяки структурам-атракторам (*attractors* — лат, притягувати), що визначають вектори руху.

У синергетичній психотерапії основний акцент робиться на організацію психотерапевтичного альянсу. Принципами його побудови є

антропоцентризм (зміст переданої інформації має бути максимально доступним для розуміння пацієнтові), відповідальність і безумовне сприйняття індивідуальних особливостей пацієнта. Утворення психотерапевтичного альянсу можливе тільки тоді, коли стосунки лікаря та пацієнта є певною функціональною цілісністю, що спрямована на досягнення єдиної мети.

Вплив на пацієнта можливий через зміни середовища і трансформацію міжособистісних стосунків, що реалізуються у вигляді трьох етапів психотерапевтичного ведення:

1. Кризова підтримка.
2. Стабілізація стану.
3. Реабілітаційний етап.

Етап кризової підтримки має основною метою допомогу в проживанні гострого періоду горювання.

У випадку бурхливого переживання болю втрати помилковими є спроби намагатися повністю витіснити або заглушити горе. J. Bowlby стверджує, що «... рано чи пізно, всі, хто уникає переживання горя, ламаються й поринають у депресію». Потрібно лише пом'якшити біль втрати, щоб людина, переживши його, не зруйнувалась як особистість і не заподіяла своєму здоров'ю непоправної шкоди.

Якщо цього не зробити вчасно, то терапія може знадобитися пізніше, коли повернення до цих переживань стане ще боліснішим. Відстрочене переживання болю є неприйнятним, оскільки через значний час після самої події пацієнт уже не може отримати всієї повноти співчуття й підтримки від близьких людей.

Іноді суб'єктивно відчувається не біль втрати, а відсутність почуттів — апатія. Може порушуватися контакт не тільки із зовнішньою реальністю, але й із внутрішніми переживаннями, що викликає подив у пацієнта: «Я нічого не відчуваю, і це дивно», «Я очікував на сильні переживання, але відчуваю лише порожнечу».

Якщо людина, переживаючи втрату, не відчула й не пережила біль, то він проявить себе в інших формах, наприклад, через психосоматичні або поведінкові розлади. Тому, як сильний душевний біль, так і його відсутність або перекинуте сприйняття, є симптомами, що вимагають психотерапевтичного супроводу.

Основним методом терапевтичного впливу на цьому етапі є вислуховування. Важливо налаштувати пацієнта на якомога детальнішу вербалізацію своїх переживань, що дає можливість попутно виявити і його суїцидальну налаштованість. Роль психотерапевта зводиться до створення емпатичної атмосфери для діалогу, співчутливого вислуховування без наполягання на своєму розумінні суті проблеми. Спроби ж нав'язати пацієнту публічне емоційне реагування загрожують патологічною трансформацією особистості з її подальшою дезадаптацією.

Етап стабілізації стану характеризується поступовим спадом емоційного напруження та відновленням здатності до логічних міркувань, що блокувались максимумом болю. До повного прийняття факту втрати та екологічної інкорпорації наслідків може пройти досить багато часу.

Наявність тимчасових інтелектуально-мнестичних порушень у людей, які переживають втрату, не дозволяє повною мірою застосувати до них когнітивні та аналітичні підходи. Внаслідок цього на першому й другому етапах не доцільно ініціювати бесіди про минуле та аналізувати причини, що призвели до патологічного стану.

Головну увагу варто спрямувати на підвищення самооцінки, зниження рівня загальної тривоги й формування атракторів, що визначають напрямки руху та сприяють самоорганізації. Основний метод впливу — гіпносуґестія.

Етап адаптації до життя присвячується тренінгу нового ставлення до втрати, форм поведінки, що не актуалізують болісні переживання. Це процес набуття нових навичок подолання труднощів, в якому допомогу надають близькі люди. Все це відбувається на фоні підтримуючої психотерапії.

У цей час пацієнтів можуть турбувати туга, бажання повернути втрачене, дезорганізація та відчай, що потребують швидкого й адекватного лікування.

Деякі жінки схильні визначати свою ідентичність через взаємодії з близькими або турботу про інших. Тому втрата перспективи материнства призводить до утворення порожнечі у відповідних сферах їх життя. Окрім туги за ненародженою дитиною вони можуть переживати втрату власної ідентичності, свого «Я». Робота з ними має бути значно глибшою ніж просто вироблення нових навичок і вміння справлятися з новими ролями. Одним зі способів компенсації може бути організація нового оточення.

Паралельно вибудовуванню нових відносин і організації оточення з урахуванням нових реалій, жінка, яка переживає втрату, повинна формувати нове ставлення до втраченої дитини (ембріону). Цей процес не є вилученням емоційної енергії з колишніх відносин і переміщенням її на нові зв'язки. Подібного роду трансформація не передбачає ні забуття, ні відсутності емоцій, а тільки їх перебудову. Почуття повинні зберегтися, але змінитися таким чином, щоб з'явилася можливість продовжити жити, вступати в нові емоційно насичені відносини.

Виконанню цього завдання перешкоджають переконання щодо обов'язкової в умовах трауру заборони на любов, фіксація минулого зв'язку або страх перед можливістю повторного переживання втрати, якщо нова вагітність теж закінчиться достроковим перериванням. Ці внутрішні установки формують почуття провини та меншовартості.

На цьому етапі ефективні різні методи поведінкової психотерапії з обов'язковими домашніми завданнями. Аналітичні техніки використовуються за індивідуальним бажанням пацієнта, з обережністю, оскільки надто ретельний і поглиблений аналіз трагічних подій і хворобливих переживань може призводити до загострення психологічної кризи.

Тривалість психотерапії залежить від індивідуально-особистісних особливостей людей, які переживають втрату вагітності. Її завершення не завжди збігається із закінченням власне жалоби, тривалість якої обумовлена культурними традиціями та індивідуальним розумінням періоду скорботи.

Ознакою ефективності здійснених заходів вважається адаптація до нових життєвих реалій, нормальне функціонування: прояви інтересу до життя, освоювання нових ролей, створення нового оточення і функціонування в ньому адекватно до свого соціального статусу і складу характеру. Про одужання також свідчить здатність адресувати більшу частину емоцій не втраченій дитині, а новим враженням і подіям, говорити про пережите без сильного болю. Печаль може залишитися, вона природна, коли людина говорить або думає про свою ненароджену дитину, але в нормі вона «спокійна та світла».

11.4. Психопоміч при пологах

Проблема больового синдрому при пологах здавна хвилює людство. Зокрема, у Біблії вона відображена як покарання за непослух Єви: «І сказав до жінки Господь: помножу болі вагітності твоєї, у муках народжуватимеш дітей». У часи домінування релігійного світогляду вважалося, що тяжко народжують лише жінки-грішниці, а праведниці цілком здатні народжувати легко й радісно.

І лише з початком ХХ століття в різних країнах Європи почали вести активні пошуки шляхів зменшення травматичності пологів для жінок. На початку цього намагались досягнути бесідами та роз'ясненнями, виконанням певних ритуалів. Лише в 1920 році в Харкові під керівництвом вітчизняного психоневролога К.І. Платонова була розроблена унікальна на той час система впливів, спрямованих на знеболення пологів із використанням гіпнотичних і сугестивних прийомів. У подальшому методологія К.І. Платонова модернізувались і розширювались цілим рядом дослідників.

Одним із сучасних прогресивних методів психологічного супроводу є партнерські пологи, що мають низку переваг перед традиційними. Грамотно підготовлені й правильно проведені партнерські пологи забезпечують сприятливий емоційний фон, знижують кількість ускладнень. Однак, чіткої технології організації цього процесу досі не розроблено і, слід визнати, що динаміка сімейних стосунків у пар, які брали в них участь, варіює від гармонізації взаємовідносин до їх різкого погіршення. Тому рішення про доцільність участі чоловіка в пологах не повинно бути спонтанним і необдуманим, воно має попередньо ретельно аналізуватися та обговорюватися обома членами подружжя за участі фахівців.

Неконструктивним і руйнівним для перспективи сімейних стосунків є бажання чоловіка взяти участь у пологах виключно задля задоволення власної цікавості, або мотив жінки: «Хочу щоб він побачив, як я мучуся!». Беззаперечно конструктивним може бути тільки щире бажання пари бути разом у відповідальний момент, прагнення чоловіка максимально допомогти дружині.

Перш ніж приймати рішення про спільну участь у пологах, майбутні батьки повинні мати повну інформацію про психологічну специфіку цього процесу, уявляти собі силу впливу пологів на особистісну сферу, бути освіченими й підготовленими.

Нерідко суперечки про доцільність партнерських пологів заводять у глухий кут тому, що чітко не визначений предмет дискусії. Безглуздо обговорювати доцільність партнерських пологів без урахування того, проводилася чи ні підготовка до них, які цілі були поставлені перед партнерами, які шляхи до їх досягнення визначені. Саме зміст партнерських відносин під час пологів визначає позитивні або негативні їх наслідки.

Загалом, сучасна психопрофілактична підготовка до пологів складається із загальної частини, що починається від першого відвідування жіночої консультації, та спеціальної, котра реалізується під час передбаченої законом допологової відпустки. Вона передбачає реалізацію різноманітних методик, що мають за мету формування готовності жінки до пологів. Головними із них є:

- просвіта — позбавлення від міфів і незнання за допомогою лекцій, кінофільмів, ілюстрацій, оповідей досвідчених матерів;
- психотерапія — індивідуальна та групова, на фоні загальноосвітальних впливів (гіпнозу, анксиолітичної нетератогенної фармакотерапії); метою психотерапевтичних занять є не тільки зниження тривожності, а й формування активної установки на співпрацю з медиками під час перинатального періоду;
- психогігієнічна гімнастика — психологічні, рухові й дихальні вправи, спрямовані на тренування м'язової релаксації, седативного дихання, анальгезуючого самомасажу, зміцнення м'язів тазу.

Обираючи ту чи іншу програму підготовки потрібно орієнтуватись на те, чи включає вона основні компоненти:

1. Психопрофілактична підготовка — індивідуальні бесіди та лекції, спрямовані на вироблення в жінки свідомого ставлення до вагітності й створення в неї хорошого емоційного фону.

2. Групові заняття спеціальною гімнастикою зазвичай спрямовані на тренування дихання та найбільш задіяних під час пологів м'язів: черевного пресу й тазового дна.

Знання про природні механізми пологів та особливості фізіології новонароджених позбавляють жінку численних необґрунтованих переживань, а вишкіл навичок догляду за немовлям здатен у майбутньому полегшити клопоти молодой матери.

Схематично можна виділити три базових блоки завдань, котрі вирішуються в рамках підготовки вагітної жінки до народження дитини: подолання страхів, навчання методам саморегуляції та налаштування на активну співпрацю з медиками.

Подолання страхів

Джерелом болю при пологах є контракція маткових м'язів, напруга зв'язочного апарату й судин, гіпоксія та інші фактори, але саме почуття виникає на рівні ЦНС як результат аналізу інформації, що надійшла аферентними шляхами. Біль посилюється занепокоєністю, як реакцією на периферичні подразнення. Вагому роль при цьому відіграють умовно-рефлекторні механізми, укорінене в людях уявлення про пологи як про страждання. Ці ж фактори погіршують контакт породіллі з лікарем, що теж ускладнює пологи.

Тому основною метою при підготовці вагітних до пологів є розсіювання страхів, що може здійснюватися у формі бесід, групових занять, індивідуальних консультацій. Допоміжними матеріалами для таких бесід можуть бути анатомічні малюнки, фотографії, кінофільми, що дають правильне уявлення про фізіологію очікуваних процесів.

Як правило, страх та упередженість вдається легко подолати під час відвідування відповідних підготовчих занять. Віра в майбутнє та впевненість у собі — найкраща опора для жінки в цій ситуації.

Навчання технікам саморегуляції

Іншим блоком завдань, які вирішуються на цьому етапі, є навчання майбутніх мам азам саморегуляції: володінню своїми почуттями й гімнастичним вправам, спрямованим на розтягування сухожилків, тренування міорелаксації та правильне дихання.

М'язи і сухожилки набувають гормонально обумовленої еластичності лише безпосередньо перед пологами, тому їх профілактичне тренування й розтягування може викликати больові відчуття. Проте, доцільність таких вправ незаперечна, оскільки вони допомагають потенціювати ефект фізіологічних змін, а початковий дискомфорт зникає при регулярних тренуваннях. У жінок із добре тренованим тазостегновим м'язово-суглобовим апаратом спостерігаються мінімальні больові відчуття та хороша координація пологової діяльності.

Окремий цикл занять присвячують вивченню біологічно активних точок, які знижують больовий синдром. Відбувається демонстрація принципу тамування болю за допомогою акупунктурного масажу. Важливим моментом є паралельне використання позитивних мислеформ, наприклад: чистий потік, розквіт, сонячні промені і т.п., що посилює ефект мануального впливу. Такі тренінги дозволяють чоловікові відчувати власну співучасть, адже саме на нього покладається головна відповідальність за точковий масаж під час пологів і при підготовці до них.

Але найбільш важливе значення мають психотерапевтичні тренінги із застосуванням дихальних технологій. Вони супроводжуються психологічними бесідами, що покликані роз'яснювати закономірності формування негативних переживань і больових відчуттів як біофізіологічного явища в житті. При цьому підкреслюється велике значення, яке має правильне

дихання під час пологів, і наголошується на тому, що оволодіння відповідними навичками вимагає ретельного тренування.

Навчання дихальним технікам має базуватись на усвідомленому ставленні до найважливішого в нашому організмі процесу, без якого неможливе саме життя. Уміння усвідомлено й керовано дихати не тільки дозволяє активувати кровообіг та окислювально-відновлювальні процеси в органах матері та дитини, але й відкриває широкі можливості саморегуляції інших функцій організму.

Безпосередньому тренінгу передують декілька підготовчих занять, які присвячуються навчанню конкретним елементам і ритмам дихання. Знайомство з цими методами дає жінці можливість відчувати та зрозуміти сенс керування диханням як способом знеболення під час пологів.

На заняттях жінки навчаються відсторонено спостерігати за власними дихальними рухами, аналізуючи комплекс відчуттів, які переживають у цей час. У процесі спостереження вони відзначають, що видих приносить відчуття релаксації та відпочинку, і це стає їм у нагоді при підготовці до пологів.

Фінальним етапом тренування цих умінь є навчання самоконтролю за ритмом дихання й серцебиття. Відповідні навички здобуваються завдяки коротким затримкам дихання (на 2-3 рахунки). Прискорене дихання носом посилює кровообіг головного мозку й піднімає тиск, а дихання ротом знижує тиск. У деяких випадках застосовують трифазне дихання: вдих на 4 рахунки, затримка на 4 рахунки та видих на 4 рахунки. Рахунок виконується з орієнтацією на удари серця або за допомогою «диригування» рукою. Можна виконувати цю процедуру під час ритмічної ходи.

Іноді паралельно практикується навчання спільному звучанню: синхронно створюючи глибинні звуки, пара зникає до цього легкого голосового трансу, що допомагає зняти несвідомий фон тривоги.

Чоловіки, як правило, мають більш розвинений дихальний апарат, а жінки завдяки вразливості та емоційності краще піддаються програмуванню свідомості. Об'єднання цих можливостей дає хороший результат: чоловіки допомагають дружинам ретельніше ставитися до тренувань і краще розуміють свою участь у пологовому процесі, а жінки позбавляються відчуття самотності перед наступними випробуваннями.

Взаємна задіяність у пологах через масаж, дихання, звуки й рухи робить пару єдиним організмом, що народжує спільний «продукт» — дитя, плід їхнього взаємного почуття. Така взаємодія знижує імовірність того, що сім'я розпадеться, адже на фоні пережитого наступні життєві перешкоди здаватимуться незначними та й сприйматимуться спільно, а не окремо.

Налаштування на активну участь у пологах

Третім важливим аспектом комплексу підготовчих заходів є налаштування жінки на активну поведінку в процесі народження дитини, усвідомлення того, що її співпраця з лікарем — запорука успіху.

Напруженість і втома можуть виникнути навіть у тих жінок, які свідомо й активно беруть участь у всіх процесах, пов'язаних із материнством. Особливо це стосується другого періоду пологів, коли виникають потуги, а больові відчуття сягають свого піку. На фоні виснаження й болю можуть виникати навіть депресивні стани різного ступеня тяжкості.

У цей момент жінка може втратити самовладання — тому особливого значення для неї набувають емоційна підтримка чоловіка та фахові поради персоналу. Психотерапевтично правильно в ці хвилини підводити її до розуміння ситуації таким чином, що саме вона залишається останньою перепорою для появи дитини на світ. Це допомагає актуалізувати інстинктивні моделі поведінки, на фоні яких страх болю відходить на другий план, а головним змістом свідомості стає вища жертвовність заради дитини. На зміну переживанням «мені боляче, мені погано» приходять домінуючі «дитині має бути добре, не боляче» і це допоможе швидше завершити пологовий процес, що врешті приносить полегшення як породіллі, так і немовляті, профілактує пологовий травматизм й оберігає психічне здоров'я матері.

11.5. Психопоміч у післяпологовому періоді

Післяпологовий період — час підвищеного ризику виникнення й посилення симптомів як депресії, так і тривоги, що іноді сягають ступеня панічних нападів.

Ситуація ускладнюється обмеженнями на застосування психофармакологічних засобів з огляду перспективи грудного вигодовування. Через частоту психопатологічних ускладнень на цьому етапі, ряд дослідників пропонує здійснювати профілактичну терапію антидепресантами для жінок, які складають групу ризику щодо розвитку депресії. Описаний позитивний досвід прийому естрадіолу протягом 12 днів кожного місяця (на 4, 5 і 6-й місяці) для уникнення післяпологової депресії. Естроген підвищує чутливість дофамінергічних постсинаптичних утворень і попереджає рецидиви депресії. Підтверджено також доцільність лікування апоморфіном, який призначається в дозі 0,005 мг/кг через чотири дні після пологів і збільшує концентрацію дофамінових рецепторів, що дає можливість досягнути поліпшення психічного стану матерів, які страждають на депресію.

Якщо ж ситуація дозволяє, то перевага надається психотерапевтичним методам впливу. Як правило, це когнітивна терапія. Але деякі дослідники рекомендують використовувати інтерперсональну методику, яка робить акцент на міжособистісних відносинах: виконанні батьківських функцій та вирішенні подружніх конфліктів.

Психотерапевтична стратегія має бути спрямована не на зниження збудливості жінки, яка страждає на депресію й уже відзначається млявістю, а на навчання проявам уваги й турботи по відношенню до дитини, підвищення її компетентності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. — Київ: Софія-А, 2004. — 350 с.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. — СПб: Сотис, 2001. — 118 с.
3. Аршавский И.А. Роль эндокринных желез матери в механизмах антенатального развития организма // Становление эндокринных функций в зародышевом развитии. — М.: Наука, 1966. — С. 280-295.
4. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. общ. — 1996. Т. 2. Вып. 4. — С. 69-70.
5. Батуев А.С. Физиология плода и детей. — М.: Просвещение, 1998. — 518 с.
6. Бертін А. Виховання в утробі матері. Дивовижні сенсорні здібності плоду. — Київ: Аванпост, 2003. — 202 с.
7. Боровикова Н.В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: Дис. ... канд. психол. наук. — Москва, 1998. — 180 с.
8. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. — М.: Знание, 1991. — 154 с.
9. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Предпосылки девиантного материнского поведения // Психол. журн. — 2000. — Т. 21. № 2. — С. 79-87.
10. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психол. — 1997. — № 6. — С. 38-47.
11. Брутман В.И., Радионова М.С. Возможные психотерапевтические стратегии при работе с кризисом «нежеланной беременности» и отказе от ребенка // Материалы 12 съезда психиатров России. — М: 1996. — С. 613-614.
12. Васина А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. — М., УРАО. 2005. — 512 с.
13. Венгер Л.А., Пилюгіна Е.Г., Венгер Н.Б. Виховання сенсорної культури дитини. — Харків: Фоліо, 1993. — 198 с.
14. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. — Москва: «Класс», 1998. — 94 с.
15. Ворошнина О.Р. Психологическая коррекция депривированного материнства: Дисс. канд. психол. наук. — Москва, 1998. — 152 с.
16. Гроф С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. — М.: «Издательство АСТ», 2005. — 241 с.
17. Добряков И.В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2010. — 416 с.
18. Добряков И.В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. — СПб., 2002. — С. 265-285.
19. Журба Л.Т. Порушення психомоторного розвитку дітей першого року життя. — Київ: Медицина, 1999. — 293 с.
20. Запорожець А.В. Умови та рушійні причини психічного розвитку дитини // Хрестоматія з вікової психології. — Харків: Фоліо, 1998. — С. 78-88.
21. Захаров А.И. Ребенок до рождения. — СПб.: СОЮЗ, 1998. — 416 с.
22. Качалина Т.С., Третьякова Е.В., Стельникова О.М. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. — НН: Изд. НГМА, 2003. — 182 с.

23. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. — СПб.: Ювента, 2000. — 381 с.
24. Коваленко Наталья Петровна. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов (Медико-социальные проблемы): Дис. ... д-ра психол. наук. Санкт-Петербург, 2002. — 492 с.
25. Корчак Януш. Як любити дітей. — Львів: Свічадо, 2005. — 419 с.
26. Кэмпбелл Р. Как понять своего ребенка. — СПб.: «Мирт», 2002. — 467 с.
27. Лукьянова О.М., Качалина Т.С., Воловик В.М. и др. Перинатальная психология: Хрестоматия. — СПб., 2002. — 476 с.
28. Мухамедрахимов Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопр. психол. — Т. 2, № 6. — 1994. — С. 16-25.
29. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. Учебное пособие. — Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 211 с.
30. Оден М. Возрожденные роды. Пер. с фр. Е. Хотлубей. — Днепропетровск: Семейный консультативный центр «Аист», 2005. — 101 с
31. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. — Самара: издательский дом БАХРАХ-М, 2003. — 784 с.
32. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека. Дисс. докт. психол. наук. — Москва. — 1997. — 384 с.
33. Сидоров П.И. Перинатальная психология / П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина. — СПб.: Спецлит, 2015. — 387 с.
34. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать — дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Соц. и клин. психиатрия. — 1992. — № 2. — С. 75-78.
35. Солод К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: дис... канд. мед. наук. — 1998. — 202 с
36. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. — М.: Жизнь и мысль, 1999. — 226 с.
37. Филиппова Г.Г. Психология материнства (Сравнительно-психологический анализ): Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01. — Москва, 2000. — 449 с.
38. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. — Москва: Астрель, 2005. — 251 с.
39. Чичерина Н.А. Воспитание до рождения. — Москва: Наука и Жизнь. — 2002. — 293 с.
40. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy // J Psychosom Obstet Gynaecol. — 2001. — Vol. 22. — № 3. — P. 159-163.
41. Ainsworth, M.D., Wittig, B.A. Attachment and exploratory behaviour in one-year-olds in a strange situation. In Determinants of Infant Behaviour. (ed. B.M. Foss), Methuen: London. — 1969. — Vol. 4. — № 3. — P. 91-101.
42. Ainsworth M.D., Bowlby J. An etiological approach to personality development // Amer. Psychol. — 1991. — V. 46. — P. 331-341.
43. Ali Z. Early Maternal-Child Contact: Effects on Later Behavior // Developmental Medicine and Child Neurology. — 1981. — P. 337-345.
44. Andersson L. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study / L. Andersson, I. Sundstrom-Poromaa M. Bixo et al. // Am J. Obstet Gynecol. — 2003. — Vol. 189. — № 1. — P. 148-154.
45. Aries F. L'enfant et la vie familiale sous l'ancien regime. — Paris, 1995. — 456 p.
46. Aslin, Richard N. Effects of Experience on Sensory and Perceptual Development: Implications for Infant Cognition. — 1985. — 183 p.
47. Aslin, R. N., Pisoni D.B. Auditory Development and Speech Perception in Infancy. In Handbook of Child Psychology. — 1983. — Vol. 2. — P. 284-301.
48. Barber J.S., Axinn W.G., Thornton A. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships / J Health Soc Behav. — 1999. — Vol. 40. — № 3. — P. 4-11.
49. Beck C.T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. — Nurs Res. 1996. — 145 p.

50. Bennet H.A., Einarson A., Taddio A. et al. Depression During Pregnancy. — Clin. Drug Invest. — 2004. — Vol. 24. — № 3. — P.34-40.
51. Bennet H.A., Einarson A., Taddio A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. — Obstet Gynecol. — 2004. — Vol. 103. — № 4. — P. 9-20.
52. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy // Psychoanalytic Study of the child. — 1959. — V. 14. — P. 113-121.
53. Bifulco A. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US crosscultural study / A. Bifulco, B. Figueiredo, N. Guedeney et al. // Br J Psychiatry. — 2004. — Suppl. 46. — S. 31-37.
54. Birndorf C.A., Madden A., Portera L. et al. Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. — Int. J. Psychiatry Med. — 2001. — P. 18-28.
55. Bowlby J. Child care and the growth of love. — London. — 1987. — 452 p.
56. Bowlby J. Separation anxiety // Int J of Psychoanalysis. — 1960. — vol XI. — P. 89-113.
57. Carter F.A. Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note / F.A. Carter, J.D. Carter, S.E. Luty // Aust N Z J Psychiatry. — 2005. — Vol. 39. — № 4. — P. 255-261.
58. Chamberlain D. Babies Remember Birth. // J. Psychosom Obstet Gynaecol. — 2003. — Vol. 24. — № 5. — P. 111-116.
59. Compas B.E. Coping with stress during childhood and adolescent // Psychol.bull. — 1987, V. 101, № 3. — P. 84-93.
60. Chambers H.M., Chan F.Y. Support for women/families after perinatal death (Cochrane Review). — Oxford: Update Software, 1999. — 263 p.
61. Cooklin A.R., Rowe H.J., Fisher J.R. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being // Aust N Z J Obstet Gynaecol. — 2007. — Vol. 47. — № 6. — P. 33-44.
62. Cote-Arsenault D., Bidlack D. Humm Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss // MCN. — May-June, 2001. — Vol. 26. — № 3. — P. 22-31.
63. Dean C., Kendell R.E. The symptomatology of puerperal illnesses. — Brit. J. Psychiatr. — 1981. — Vol. 139. — № 2. — P. 35-42.
64. Deutsch H. The psychology of women. — New York, 1995. — 398 p.
65. Dyer E.D. Parenthood as crisis: A restudy // Marriage and Family Living. — 1963. — V.25. — P. 341-350.
66. Dolto F. Quand les parents se separent. — Paris: 1988. — 151 p.
67. Engen T. et al. Decrement and recovery of responses to olfactory stimuli in the human neonate // J. of Comparative Physiology and Psychology. — 1965. — V. 59. — P. 312-316.
68. Erikson E. Childhood and society. New York: Norton. — 1963. — 512 p.
69. Escribe-Aguir V., Gonzalez-Galarzo M. C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? // J. Epidemiol Community Health. — 2008 may; 62 (5). — 2008. — Vol. 62. — № 5. — P.71-75.
70. Evans J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth / J. Evans, J. Heron, H. Francomb et al. // BMJ. — 2001. — Vol. 323. — № 7307. — P. 257-260.
71. Field T. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. — Infant Behavior and Development. — October-December 1984. — Vol. 7. Issue 4. — P. 527-530.
72. Freud S. On Sexuality. — London: Hogarth Press, 1959. — Vol.20. — 175 p.
73. Gomez Lavin C., Zapata Garcia R. Diagnostic categorization of postabortion syndrome / Actas Esp. Psiquiatr. — 2005. — 33(4). — P. 74-82.
74. Groff St., Halifax J. The Human Encounter with Death. — 1979. — 269 p.
75. Horrigan T.J., Schroeder A.V. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. — J. Subst. Abuse. 2000. — P.18-27.
76. Janssen H.J. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss // American Journal of Psychiatry. — Vol. 153 (2). — 1996. — P. 55-64.

77. Kay J., Roman B., Schulte H.M. Pregnancy loss and the grief process. // In: Woods J.R., Woods J.L. E. eds. *Loss During Pregnancy or in the Newborn Period*. Pitman, NJ: Jannetti Publications, Inc. — 1997. — P. 102-108.
78. Kelly R.H., Zatzick D.F., Anders T.F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // *Am. J. Psychiat.* — 2001. — Vol. 158. — № 2. — P. 75-81.
79. Kelly R.H., Russo J., Holt V.L. et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. — *Obstet Gynecol.* 2002. — P. 100-104.
80. Kendall-Tackett K.A. *Depression in new mothers*. — London: 2010. — 210 p.
81. Kendall-Tackett K.A. Non-pharmacologic treatments for depression in new mothers / *Amarillo, TX*: 2008. — 265 p.
82. 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.
83. Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. — *Obstet Gynecol.* 2000. — № 95. — P. 12-19.
84. Murphy C.M., O'Leary K.D. Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage // *Journal of consulting and clinical psychology.* — New York: 1989. — № 57. — P. 579-582.
85. Lucas K. *Die Dismenorrhoe*. Stuttgart, 1965. — 329 p.
86. Lusskin S.I., Pundiak T.M., Habib S.M. Perinatal depression: hiding in plain sight // *Can. J. Psychiatry.* — 2007. — Vol. 52. — № 8. — P. 19-27.
87. McKee M. D., Cunningham D., Jankowski K.R. et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population // *Obstet Gynecol.* — 2001. — Vol. 97. — № 6. — P. 39-44.
88. Myhrman A., Rantakallio P., Isohanni M. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child / *BMJ.* — 1996. — Vol. 169. — № 5. — P. 375-386.
89. Naiman J.M., Morrison J. Williams G. et al. The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study // *Soc. Sci. Med.* — 1991. — Vol. 32. № 3. — P. 91-97.
90. O'Hara M.W. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium // *Arch Gen Psychiatry.* — 1986. — Vol. 43. — № 6. — P. 29-35.
91. Pines D.A. *Woman's Unconscious Use of Her Body*. — New Haven: Yale University Press, 1994. — 411 p.
92. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. — *J. Affect Disord.* — 2001. — P. 109-118.
93. Rahman, A. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: A cohort study / A. Rahman, Z. Iqbal, J. Bunn et al. // *Arch Gen Psychiatry.* — 2004. — Vol. 61. — P. 946-952.
94. Rank O. *The Development of Psychoanalysis*. Trans. by C. Newton. New York and Washington: Nervous and Mental Diseases Publishing Company, 1925. — 225 p.
95. Raphael-Leff J. *Pregnancy. The Inside Story*. — London: Karnak, 2001. — 439 p.
96. Raphael-Leff J. *Psychological Processes of Childbearing*. Fourth Edition. — London: The Anna Freud Centre, 2005. — 198 p.
97. Schindler S., Zimprich H. *Ökologie der Perinatalzeit*. — Stuttgart: Hippocrates, 1983. — 411 p.
98. Sexton P.R., Stephen S.B. Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief // *Neonatal Netw* 1991. — 94 p.
99. Stern D.N. *The first relationship infant and mother*. Cambridge. — 1977. — 287 p.
100. Teberg A.I., Hotrakiya S., Wu P.U. K. et al. Factors affecting nursery survival of very low birth weight infants // *J. Perinatal. Med.*, 1987. — Vol.15. — № 3. — P. 32-40.
101. 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.

ЗМІСТ

Вступ	3
Перинатальна психологія та її місце в медицині	4
Психологія зачаття	7
Психологія вагітності	22
Психологічні аспекти перинатальних втрат	35
Психологія пологів	48
Психологія постнатального періоду	54
Сімейні стосунки в перинатальному періоді	61
Перинатальні аспекти формування особистості	66
Діагностичний процес в перинатології	81
Перинатальна психопатологія	114
Перинатальна психопоміч	143
Список використаної літератури	163

Серія «Бібліотечка практикуючого лікаря»

**Скрипніков Андрій Миколайович
Герасименко Лариса Олександрівна
Ісаков Рустам Ісроїлович**

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

**Видавець: ТОВ «Видавничий дім Медкнига»
Київ, 2017**

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи в державний реєстр видавців,
виготовлювачів та розповсюджувачів видавничої продукції ДК 5123 від 10.06.2016*

www.medkniga.kiev.ua

Шеф-редактор О.Влас, тел. +38-066-7851156, e-mail: zdovado@ukr.net
Відділ маркетингу Т. Овчаренко, тел. +38-066-7538178
Відділ додрукарської підготовки В. Макарович
Підписано до друку 31.08.2017. Друк офсетний.
Відгуки та пропозиції надсилайте на адресу: а/с-18, м. Київ-108, 04108