

13. [Elektronnyy resurs]. – Rezhym dostupu : <https://buhgalter911.com/uk/spravochniki/klassifikatory/statisticheskie-klassifikatory/klasifikator-profesiy-kp-950586.html>

V.I. Barko, I.O. Dubova, V.V. Barko. Theoretical aspects of profессиographic investigation in the National Police of Ukraine. The article is dedicated to the problem of conducting of profессиographic investigation in the National Police of Ukraine. The authors state theoretical basis and internal structure of procedure of profессиographic investigation, disclose possibility of usage of some methods of profессиographic investigation with the purpose of development of contemporary profессиograms. It is shown in the article that comprehensive and profound profессиographic investigation of different forms of professional police activity creates good conditions for solution of different problems, connected with effectiveness of usage of personnel potential, optimization of professional selection of police officers with high level of psychological readiness for activity, rationalization of labour regime and conditions, reducing of traumatism and level of professional illnesses. Profессиographical description of profession contains information about global socio-psychological characteristic of profession, sanitary and hygienic conditions and work safety, demands towards working personnel, psychological aspects of profession, demands towards general educational and special training, contraindications to performance of professional obligations and so on. An important task of profессиographic investigation consists in determination of criterions and indexes of efectiveness of professional activity; knowledge of these characteristics enable to control the quality of psychograms, estimate global usefulness of means of and rational allocation of young spesialists.

Key words: National Police, profессиographic investigation, profессиogram, psychogram, pfofessionnal selection, professional aptitude.

Отримано: 10.12.2017 р.

УДК: 618.39-06:616.89-008]-07-084

*Н.П. Бондаренко, О.Я. Слободяник,
Т.Т. Наритник, Р.Г. Долинський*

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЖІНКИ, ЩО ПЕРЕЖИЛА ВТРАТУ ПЛОДА АБО НЕОНАТАЛЬНУ СМЕРТЬ ДИТИНИ ЧИ ПРОІНФОРМОВАНА ПРО РИЗИК ЦІЄЇ ВТРАТИ

*Н.П. Бондаренко, О.Я. Слободяник, Т.Т. Наритник, Р.Г. Долинський.
Дослідження психічного стану жінки, що пережила втрату плода або неонатальну смерть дитини чи проінформована про ризик цієї втрати. У роботі вивчаються особливості психічного стану та його порушень у до-пологовий період, пологах та післяпологовий період у жінок, що втратили плід або в таких, що мають високий ризик втрати плода та отримали*

інформацію про надмірно низьку масу тіла в їхньої майбутньої дитини. Значна увага в дослідженні приділяється жінкам, що вже мали психічні порушення та важкі психічні розлади в минулому, динаміці психічних порушень унаслідок можливої або реальної втрати у цієї категорії вагітних і породіль. У роботі визначені також основні чинники ризику розвитку психічних порушень при можливому синдромі втрати плода, розглядається важливість здійснення вчасного скринінгу, профілактики та корекції розладів психіки при синдромі втрати плода або наявності ризику народження нежиттєздатної дитини та/або дитини з надмірно низькою масою тіла, роботі з родичами цієї категорії жінок для їхньої вчасної підтримки та адекватної взаємодії з породілєю. При аналізі результатів дослідження обґрунтовується необхідність розширення та вдосконалення служби медичних психологів на базі перинатальних центрів, пологових будинків та інших пологопомічних закладів усіх рівнів з метою зниження ризиків патологічних пологів та пологового травматизму внаслідок несприятливих екзогенних та ендогенних психологічних впливів.

Ключові слова: психічний стан, вагітність, пологи, післяпологовий період, синдром втрати плода, психотравма, психічні розлади, діагностика, скринінг, профілактика, корекція.

Н.П. Бондаренко, О.Я. Слободяник, Т.Т. Нарытник, Р.Г. Долинский.
Исследование психического состояния женщины, пережившей потерю плода или неонатальную смерть ребенка или проинформированной о риске такой потери. В работе изучаются особенности психического состояния и его нарушений в дородовой период, родах и послеродовой период у женщин, потерявших плод или у имеющих высокий риск потери плода и получивших информацию о чрезмерно низкой массе тела их будущего ребенка. Значительное внимание в исследовании уделяется женщинам, уже имеющим психические нарушения и тяжелые психические расстройства в прошлом, динамике психических нарушений вследствие возможной или реальной потери у этой категории беременных и рожениц. В работе определены также основные факторы риска развития психических нарушений при возможном синдроме потери плода, рассматривается важность осуществления своевременного скрининга, профилактики и коррекции расстройств психики при синдроме потери плода или наличии риска рождения нежизнеспособного ребенка и/или ребенка с чрезмерно низкой массой тела, работе с родственниками этой категории женщин для их своевременной поддержки и адекватного взаимодействия с роженицей. При анализе результатов исследования обосновывается необходимость расширения и совершенствования службы медицинских психологов на базе перинатальных центров, родильных домов и других родовспомогательных учреждениях всех уровней с целью снижения рисков патологических родов и родового травматизма вследствие неблагоприятных экзогенных и эндогенных психологических воздействий.

Ключевые слова: психическое состояние, беременность, роды, послеродовой период, синдром потери плода, психотравма, психические расстройства, диагностика, скрининг, профилактика, коррекция.

Вступ. Вагітність та пологи являють собою складні фізіологічні процеси, за яких відбуваються не лише значні зміни функції та перебудови

органів репродуктивної системи, гормонального фону жінки, а й зміни психічного стану вагітної, що проявляються значними змінами емоційного фону жінки, тривогою, що пов'язана зі станом здоров'я плода.

Складні нейрогуморальні перебудови під час вагітності нерідко викликають зміну ставлення жінок до сімейного життя, соціальних норм та поведінки. У вагітних спостерігаються коливання настрою, фантазії, відновлення попередніх конфліктів, тривог, фіксація на почуттях до фізичних змін та ставленні до себе. Сенситивні почуття у вагітної жінки викликають необхідність відчуття підтримки з боку оточуючих її людей. Тривогу за здоров'я своєї майбутньої дитини переживає кожна вагітна жінка, яка зацікавлена стати матір'ю.

У той же час, якщо жінка вже має певні риси характеру, що є передумовою розвитку неврозподібних порушень або вже діагностовані психічні відхилення, її стан під час вагітності та пологів може суттєво погіршитися. У даній категорії жінок більш імовірно виникнення післяпологових психозів, які також можуть бути спровоковані інфікуванням статевих шляхів жінки.

Однак і жінка, у якої раніше не виявлялось значних порушень з боку психічної сфери, також має значний ризик виникнення депресії, тривожного розладу, психозу або інших суттєвих психічних порушень. У виникненні такого стану значну роль займає не лише психологічний аспект, а й фізіологічні причини, пов'язані насамперед зі зміною рівня секреції гормонів гіпоталамо-гіпофізарної системи та статевих гормонів жінки під час різних триместрів вагітності.

Мета роботи:

- дослідити зв'язок між важкістю психічних порушень у жінки та її інформованістю про загрозу втрати плода, або переживанням реально втраченого плода або неонатальної смерті;

- визначити вплив втрати плода або загрози його втрати на перебіг вже діагностованих до вагітності психічних розладів;

- обґрунтувати необхідність кваліфікованої психологічної підтримки протягом усього періоду вагітності, пологів та післяпологового періоду з боку медичних психологів, особливо для породіль, що мають високий ризик перинатальних втрат;

- обґрунтувати необхідність роботи з родичами та застосування партнерських пологів для профілактики та часткової компенсації психічних порушень у перинатальному періоді, що несприятливо впливають на перебіг пологів та післяпологового періоду.

Матеріали і методи: шкала тривоги Бека, шкала Занга для оцінки тривоги, шкала депресії Бека, шкала депресії Зунга, опитувальник депресії PHQ-9, опитувальник особистісних переконань,

Актуальність проблеми. Останнім часом значна увага в світі надається перинатальній психології, що займається вивченням психологічних проблем, які виникли під час вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Варто відмітити, що частота та характер ускладнень гестаційного періоду напряму залежать від психологічного стану вагітних жінок. Перинатальна психологія виділяє поняття "суб'єктивна модель пологів", що включає в себе індивідуальне уявлення вагітної про майбутні пологи, обстановку, у яких вони будуть відбуватись, та ставлення, яке вона очікує до себе з боку рідних та медперсоналу. Залежно від гостроти та сили отриманого емоційного впливу від різного роду інформації, у вагітних виникають позитивні чи негативні суб'єктивні моделі. Доведено, що психотравмувальні впливи під час вагітності та пологів сприяли підвищенню рівня дитячого та материнського травматизму.

Найбільш тривожним щодо ризику виникнення пологового травматизму є несприятливі впливи на психіку жінки у II-III періоді пологів. Саме тому значна увага перинатальної психології надається профілактиці психічних порушень жінки в цих періодах.

У разі неефективної психологічної та психокорегуальної підтримки жінки у III триместрі вагітності, пологах та післяпологовому періоді, а також внаслідок комплексу додаткових фізичних та психічних травмувальних чинників у жінок, що мали також певні патології пологів та післяпологового періоду, часто формується психотравмувальний досвід перших пологів (ПТДПП). Жінка з ПТДПП нерідко навіть підсвідомо бажає значно "відкласти" у часі наступні пологи. Надалі, якщо жінка, незважаючи на значні психотравмувальні впливи при перших пологах, вирішує завагітніти вдруге, ПТДПП може негативно впливати на перебіг наступної вагітності та пологів.

Під час вагітності в таких жінок значно підвищується рівень тривожності, астено-вегетативних проявів, психосоматичних порушень. Серед жінок з ПТДПП значно вище рівень загрози переривання вагітності, частоти передчасних пологів. Серед таких породіль значно частіше проводяться операції кесарського розтину та знеболення при фізіологічних пологах. Окрім того, ПТДПП часто стає одним із ключових чинників дитячого і материнського травматизму, є однією з причин дистресу плода та синдрому дихальних розладів (СДР) у новонароджених.

За класифікацією ВООЗ, перинатальний період починається з 22 тижнів вагітності (коли маса плода становить 500 г та більше). За часом перинатальну патологію поділяють на антенатальну (допологову), інтранатальну (в пологах), постнатальну або ранню неонатальну (післяпологову).

Свої особливості має психічний стан жінок, що мали в анамнезі хоча б одну втрату плода, або жінок, що народили дітей з надмірно низькою масою тіла (<1250 г), що незважаючи на реанімаційні заходи, померли у ранньому неонатальному періоді.

Унаслідок низки об'єктивних причин, число жінок, які пережили перинатальні втрати, достатньо велике. Окрім того, визначається, що близь-

ко 65-80% жінок фертильного віку мають загрози переривання та невиношування вагітності на різних термінах.

У світі існують різні класифікації перинатальних втрат. У поєднанні лікарської практики та соціальних досліджень широко використовується Шведський реєстр усіх випадків перинатальних втрат (NICE), або Балтійська класифікація перинатальної смертності. Така класифікація враховує 5 параметрів:

- вади розвитку;
- час настання смерті відносно пологів;
- затримка розвитку плода (ЗРП з масою нижче 2-х стандартних відхилень від середнього, або менше 2,5 перцентиля);
- гестаційний вік у повних тижнях;
- оцінка за шкалою Апгар (<7 на 5-й хвилині).

У зв'язку з поширеністю цього явища, у шкалі репродуктивних втрат застосовують новий термін – синдром втрати плода.

Цей синдром включає в себе:

- один і більше самовільних викиднів або вагітність, що не розвивається в термінах від 10 тижнів гестації та більше;
- мертвонародження;
- неонатальну смерть;
- 3 та більше самовільних викиднів до 8 тижня ембріонального розвитку.

Етіологія синдрому втрати плода залежить від багатьох факторів. Головні фактори – це ті, що викликають аномальну закладку ембріону, інші створюють несприятливі умови його розвитку.

До головних причин репродуктивних втрат відносять:

- генетичні аномалії;
- ендокринні порушення;
- інфекційні чинники;
- тромбофілії;
- імунологічні механізми порушень.

При наявності репродуктивних втрат в анамнезі або при отриманні вагітною інформації про значний ризик перинатальної втрати доречно виділити провідні психотравмувальні фактори, почуття і переживання, що їх супроводжують та можуть посилювати та спотворювати вже існуюче горе та/або переживання при вагітності та пологах.

До несприятливих почуттів у цьому разі відносять:

- недовіру, гнів до себе, чоловіка, близьких родичів та людей, що на думку вагітної, не визнають значущості втрати;
- відчуття власної провини та неповноцінності;
- відчуття власної "пошкодженості";
- відчуття "спустошеності";
- реактивний депресивний стан;

- стан відчуження до оточуючих людей та подій;
- ревності до жінок, що мають дітей;
- заниження самооцінки;
- шоковий стан.

Серед основних несприятливих чинників, що порушують адаптацію до лиха, що трапилось, виділяють:

- сором за те, що власне тіло "підвело" жінку;
- відсутність інформації про негативні досвіди при вагітності в інших жінок, звернення уваги лише на позитивні аспекти вагітності (чинник неочікуваності, психологічна неготовність);
- табуація теми смерті у побуті та серед оточуючого медичного і психологічного персоналу;
- зведення до мінімуму оточуючими значущості втрати (часто помилково з кращих спонукань);
- відсутність об'єктивної інформації про причину втрати плода або дитини;
- недосвідченість персоналу щодо питання психологічно грамотно сповіщення про ризик смерті та смерть, обрання неправильної тактики такого повідомлення залежно від характеру жінки (ятрогенний психотравмувальний чинник);
- неможливість бачити загиблий плід/дитину (або навпаки непродуманий дозвіл на це);
- неповна готовність до материнства, викривлені мотиви зачаття;
- відчуження родини та медичного персоналу при втраті.

При спостереженні за психічним станом жінки із загрозою втрати плода або за такою, що втратила плід, слід керуватися прийнятою у практиці медичних психологів класифікацією різних форм переживання втрати.

Виділяють втрату, тобто переживання фізичної втрати та символічних почуттів від втрати реального значущого об'єкта, найчастіше близької людини.

Причому власне про фізичну втрату йде мова, коли людина переживає втрату відсутнього об'єкта, який зрозумілий оточуючим. Така втрата зрозуміла оточуючим, людина частіше отримує моральну підтримку.

Визначають також символічну втрату, під час якої людина визначає втраченою щось невідчутне, проте дуже важливе для людини символічно. переживаннями символічної втрати найчастіше супроводжується розлучення, виражене хронічне захворювання, втрата роботи або вихід на пенсію, втрачені надії.

Власне горем називають переживання як фізичної та психологічної, так соціальної і поведінкової реакції на будь-яку втрату (фізичну або символічну), які включають в себе різноманітні зміни, розтягнуті в часі. Горе само по собі не є психічним порушенням. Навпаки, у разі його відсутності або неадекватності важкості втрати виникає підозра на патологічний психічний стан. Проте надто сильні переживання під час горя зумовлюють виникнення

або маніфестацію психічних порушень, особливо при відсутності адекватної психологічної підтримки близьких та медичного персоналу.

Переживання горя завжди індивідуально. Дуже часто його сила значно залежить від ступеня прив'язаності до об'єкта втрати. Звісно, чим сильніше прив'язаність, тим сильніше горе. Дуже важливий внесок у прояви горя також роблять культурні особливості та традиції, віра та релігійні почуття, інтелект, вік, емоційний контроль почуттів.

Траур розуміє під собою зумовлену культурою публічну демонстрацію горя та здійснення певних ритуалів. У своєму роді, траур можна назвати завершенням переживання горя, його наступним етапом. Проте це означає не забуття, а відсутність фізичного відчуття втрати.

Скорбота – ще більш широке поняття, що поєднує у собі усі фізичні (соматичні), психоемоційні та соціальні процеси, спричинені перш за все смертю близької людини.

Звісно, що загибель плода або дитини викликає майже всі з вищеописаних переживань. Провідними у цьому випадку є відчуття втрати, горя, а надалі – скорботи.

Існують специфічні особливості, що виділяють при втраті плода або дитини:

- по-перше, саме по собі переживання спричиняє виникнення фізіологічного стресу, що реально (або також в уяві жінки) загрожує здоров'ю жінки та плода;

- по-друге, при розгляді психічних порушень при синдромі втрати плода не слід нехтувати емоційним зв'язком матері і плода, що виникає ще на ранніх етапах розвитку плода;

- по-третє, часто можна спостерігати неоднакову вираженість горя в жінки і чоловіка та інших членів родини, тобто переживання жінки можуть недооцінюватись оточуючими;

- по-четверте, саме феномен відсутності при втраті плода виражений по-іншому, смерть плода важче сприйняти, ніж іншу смерть, бо немає такого великого спектру спогадів та уявлень, як при втраті живонародженої дитини.

Окрім відомої класифікації стадій переживання горя (заперечення, гнів, торг, депресія, смиренність (прийняття)), що застосовується для опису горя у людей, які дізналися про смертельний діагноз, та також може бути застосована для матерів, що дізналися про високий ризик перинатальної смерті їхньої дитини, в літературі подано також інші описи стадій переживань горя та втрати, що часто досить влучно підходять для опису переживань указаних жінок.

Наприклад, Дж. Боулбі пропонував наступне стадіювання переживань під час горя та важких втрат:

1. Протест (оціпеніння) – відзначається страхом, гнівом та нездуванням. Стан психологічного шоку при цьому триває кілька митей, днів або навіть місяців.

2. Туга та бажання повернути об'єкт втрати, за якої увесь світ навколо людини в горі уявляється як такий, що не має сенсу. Переважна більшість думок зайнята роздумами про об'єкт втрати. Відзначаються періодичні напади гніву та плачу. Такий стан може тривати кілька місяців або років.

3. Відчай та дезорганізація характеризується невтішністю та постійним виконанням дій, що не мають сенсу. При цьому неспокій, інтроверсія та відчуття незадоволення прогресують. Не зникають постійні спогади про об'єкт втрати.

4. Реорганізація (відновлення) – відбувається разом з появою нових значущих спогадів, цілей або об'єктів або цілей. При цьому горе витісняється важливими та приємними для людини спогадами.

Дуже важливо також зазначити, що втрата дитини сприяє виникненню більш вираженого горя, ніж втрата близької дорослої людини, та мати більш виражений деструктивний вплив на психіку людини, що пережила втрату. Це зумовлено тим, що батьки дитини відчувають також власну безпорадність, схильні звинувачувати одне одного у втраті дитини. Часто надсилне відчуття скорботи може розтягнутися на все життя, сприяти подальшим порушенням психіки, виникненню несприятливого фону під час наступних вагітностей і, як наслідок, у важкому випадку – наступним перинатальним втратам.

У даній роботі був простежений вплив уже наявних психічних захворювань, перш за все захворювань, пов'язаних з порушенням афективної сфери хворої (вже діагностована до пологів депресія різних ступенів важкості, біполярний афективний розлад), а також неврозоподібних (генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад) та психотичних розладів (зокрема параноїдної шизофренії) на розвиток психічних порушень у жінок із значними переживаннями з приводу можливої втрати плода або у разі реальної втрати плода або новонародженої дитини.

Окремо розглядалися жінки із загрозою або втратою плода, у яких раніше не було діагностовано жодних психічних порушень, але в яких відзначались психічні порушення, перш за все у вигляді так званої "післяпологової нудьги", післяпологової депресії або післяпологового психозу.

На основі даних аналізу та діагностики психічних порушень у жінок, які втратили плід, або тих, що мали загрозу втрати плода, зроблені висновки про необхідність своєчасного спостереження медичного психолога у пологовому будинку або перинатальному центрі для запобігання подальшому розвитку розладів психіки в матері та/або сприянню вдалому перебігу вагітностей та пологів в цієї категорії жінок.

Результати дослідження та їхня інтерпретація. При дослідженні психічного стану 131 породіллі з плодами, у яких визначалась надмірно низька маса тіла (<1250 г), що отримували до- та післяпологову акушерську допомогу в Перинатальному центрі м. Києва протягом січня вересня 2017 року, психічні порушення, діагностовані до періоду вагітності, спостері-

гались у 17 з них. Це були: депресія легкого (5), помірного (2) і важкого (2) ступеня, генералізований тривожний розлад (4), obsесивно-компульсивний розлад (2), параноїдна шизофренія у періоді ремісії (1), біполярний афективний розлад у фазі манії (1). Ці жінки отримували спеціалізовану допомогу у психіатричних закладах м.Києва. Під час ведення вагітності хворі отримували призначене медикаментозне лікування з приводу їхнього психічного захворювання та відвідували сеанси психотерапії.

Серед даної категорії жінок найвищий ризик синдрому втрати плоду відзначався у 3 пацієток з депресією легкого ступеня та 1 пацієнтки з депресією помірного ступеня, 3 пацієток з генералізованим тривожним розладом та 1 пацієнтки з obsесивно-компульсивним розладом.

Післяпологові психози (за критеріями МКХ-10) були наявні у 6 жінок з 17 з цієї категорії, у 2 хворих на депресію важкого ступеня, 1 хворої на депресію середнього ступеня, 1 жінки з генералізованим тривожним розладом та пацієток з параноїдною шизофренією та біполярним афективним розладом.

Фізіологічна вагітність та пологи у термін 38-41 тижні відбулись у 10 з 17 породіль з цієї групи.

Ранні гестози виникли у 2 пацієток з легкою формою депресії, 1 пацієнтки з середньою формою депресії та 1 пацієнтки з легкою формою депресії, а також у 1 пацієнтки з біполярним афективним розладом.

У 2 пацієток з генералізованим тривожним розладом та в жінки з біполярним афективним розладом спостерігались прояви прееклампсії у III триместрі вагітності.

У той же час, у 25 жінок, в яких раніше не було виявлено проявів психічного захворювання, були виявлені ознаки психічних порушень після пологів. У 18 з 25 жінок дитина не вижила, пологи були передчасні.

З 25 жінок у 13 пологи відбувались через природні пологові шляхи, а у 12 – шляхом кесарського розтину.

Переважаючим проявом психічних порушень була післяпологова (постнатальна) депресія (17 з 25 жінок). Досить значним фактом в цьому випадку було те, що у 11 з цих жінок пологи відбувались у відсутності батька дитини та родичів жінки, та лише в 6 з цих жінок пологи були партнерськими або була значна емоційна підтримка близьких родичів.

У 4 жінок спостерігали прояви "післяпологової нудьги", тобто тривалого, але транзиторного афективного розладу, що виникав, як правило, на 5 день після пологів та супроводжувався значним зниженням настрою, ангедонією, спотворенням апетиту, відчуженням та безсонням, але проходив протягом наступного тижня.

У 2 випадках порушення мали ознаки післяпологових психозів. Проте вчасна медикаментозна та психотерапевтична корекція даних психічних порушень запобігли прогресуванню психозу та деструктивному впливу на перебіг адаптації жінки.

Для порівняння був досліджений психічний стан контрольної групи з 25 жінок без попередньо діагностованих психічних розладів, у яких пологи відбувались через природні пологові шляхи, були партнерськими, вагітність була доношена, фізіологічна, маса плода була в межах норми, усі плоти були живими, значної патології з боку дитини у неонатальному періоді не було виявлено.

У 8 жінок з контрольної групи спостерігались прояви "післяпологової нудьги" та у 4 жінок відзначали прояви післяпологової депресії. У решти жінок жодних значних психічних розладів не спостерігали.

Висновки. Таким чином, був доведений взаємозв'язок між загрозою втрати плода або його реальною втратою та імовірністю розвитку або прогресування психічних порушень у жінки до, під час та після пологів.

У значній кількості жінок з уже діагностованими хронічними психічними розладами відбувалась їхня маніфестація та/або погіршення їхнього перебігу внаслідок стресу та переживань через можливий або реальний несприятливий перебіг пологів або неонатального періоду в дітей з надмірно низькою масою тіла.

У досліджуваної групи умовно психічно здорових жінок, які пережили смерть плода або дитини в неонатальному періоді, спостерігались значні розлади психіки у порівнянні з контрольною групою, серед яких переважала післяпологова депресія (на відміну від післяпологової нудьги у контрольної групи жінок, які народили здорових дітей).

Переважає більшість жінок з досліджуваної групи не отримувала підтримки з боку близьких родичів, до них не застосовувалась методика партнерських пологів.

У більшості жінок з психічними порушеннями у період пологів та післяпологовий період прогресування цих порушень та деструктивних змін психіки вдалось призупинити завдяки своєчасним діагностиці та спостереженню медичного психолога та проведенню медикаментозної та психотерапевтичної корекції цих станів.

Отже, синдром втрати плода становить значну проблему для психічного стану жінки, можливості фізіологічного перебігу вагітності та пологів та потребує вчасного розпізнавання вже при появі перших несприятливих афективних змін з боку жінки, а також розробки та впровадження в індивідуальному порядку заходів з психотерапевтичної (та за необхідності – медикаментозної) корекції.

Список використаних джерел

1. Пирогова В.І. Синдром втрати плода: від науки до практики / В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк // Газета "Здоров'я України". – Гінекологія, акушерство, репродуктологія (тематичний номер). – Березень 2014. – № 1(13).

2. Сыропятов О.Г. Реакция горя – диагностика и лечение / О.Г. Сыропятов, Е.И. Аладышева, Н.А. Дзеружинская // Газета "Новости медицины и фармации". – Психиатрия и неврология (тематический номер) // Справочник специалиста. – №215. – 2007.

3. Фисун Е.В. Взаимное влияние переживаний беременности и утраты / Е.В. Фисун // Журнал практической психологии и психоанализа. – Декабрь 2005. – №4.

4. Организационные этапы работы психолога в родовспомогательном учреждении / Айламазян Э.К., Глущенко С.И., Киселев А.Г., Коваленко Н.П. // Перинат. психология и медицина. – СПб. : ИПТП, 2004. – С. 34-37.

5. Маляров С.М. Послеродовая депрессия / С.М. Маляров // Газета "Здоров'я України". – Педиатрия, акушерство, гинекология (тематический номер). – Октябрь, 2006. – №19/1.

6. Голога В.Я. Опыт ведения акушерской технологии "Партнерские роды" / В.Я. Голога, Л.Д. Ластовецкая // Газета "Здоровье женщины". – 2009. – №7 (43).

7. Чебан Т.С. Психологическая поддержка женщин после репродуктивных потерь / Т.С. Чебан. – 12.04.2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.all-psy.com/stati/detail/1751/1/>

8. Kaeleen Dingle, Rosa Alati, Alexandra Clavarino, Jake M. Najman, Gail M. Williams. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study // The British Journal of Psychiatry. – Nov. 2008, 193 (6) 455-460.

9. Karen Kleiman. Pregnancy Loss and Depression. Understanding the trauma of fetal loss // Psychology today. – Posted. – Feb 29, 2012 [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.psychologytoday.com/blog/isnt-what-i-expected/201202/pregnancy-loss-and-depression>

Spysok vykorystanykh dzherel

1. Pyrohova V.I. Syndrom vtraty ploda: vid nauky do praktyky / V.I. Pyrohova, S.O. Shurpyak // Hazeta "Zdorovya Ukrayiny". – Hinekolohiya, akusherstvo, reproduktolohiya (tematychnyy nomer). – Berezen' 2014. – № 1(13).

2. Syropjatov O.G. Reakcija gorja – diagnostika i lechenie / O.G. Syropjatov, E.I. Aladysheva, N.A. Dzeruzhinskaja // Gazeta "Novosti medicyny i farmacii". – Psihiatrija i nevrologija (tematicheskij nomer) // Spravochnik specialista. – №215. – 2007.

3. Fisun E.V. Vzaimnoe vlijanie perezhivaniy beremennosti i utraty / E.V. Fisun // Zhurnal prakticheskoj psihologii i psihoanaliza. – Dekabr' 2005. – №4.

4. Organizacionnye jetapy raboty psihologa v rodovspomogatel'nom uchrezhdenii / Ajlamazjan Je.K., Glushhenko S.I., Kiselev A.G., Kovalenko N.P. // Perinat. psihologija i medicina. – Spb. : IPTP, 2004. – S. 34-37.

5. Maljarov S.M. Poslerodovaja depressija / S.M. Maljarov // Gazeta "Zdorovja Ukrainy". – Pediatrija, akusherstvo, ginekologija (tematicheskij nomer). – Oktjabr', 2006. – №19/1.

6. Golota V.Ja. Opyt vedenija akusherskoj tehnologii "Partnerskie rody" / V.Ja. Golota, L.D. Lastoveckaja // Gazeta "Zdorov'e zhenshhiny". – 2009. – №7 (43).

7. Cheban T.S. Psihologicheskaja podderzhka zhenshhin posle reproductivnyh poter / T.S. Cheban. – 12.04.2014 [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu : <https://www.all-psy.com/stati/detail/1751/1/>

8. Kaeleen Dingle, Rosa Alati, Alexandra Clavarino, Jake M. Najman, Gail M. Williams. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study // The British Journal of Psychiatry. – Nov. 2008, 193 (6) 455-460.

9. Karen Kleiman. Pregnancy Loss and Depression. Understanding the trauma of fetal loss // Psychology today. – Posted. – Feb 29, 2012 [Elektronnij resurs]. Rezhim dostupu : <http://www.psychologytoday.com/blog/isnt-what-i-expected/201202/pregnancy-loss-and-depression>.

N.P. Bondarenko, O.Ya. Slobodyanik, T.T. Narytnik, R.G. Dolinsky.
Investigation of the mental state of a woman who survived a fetal loss or neonatal death of a child or was informed of the risk of such loss. *The work examines the peculiarities of the mental state and its abnormalities in the prenatal period, childbirth and postpartum period in women who have lost their fetus or those who are at high risk of fetal loss and they have received information about the excessively of low body mass of their future baby. Much attention in the study is given to women who already had mental disorders and severe mental disorders in the past, the dynamics of mental disorders due to possible or actual loss in this category of pregnant women and childbirth. The paper also identifies the main risk factors for the development of mental disorders in the event of a possible fetal loss syndrome, considers the importance of timely screening, prevention and correction of mental disorders in fetal loss syndrome or the risk of the birth of a non-viable child and / or with an excessively low body weight, work with relatives of such category of women for their timely support and adequate intercourse with maternity leave. The analysis of the results of the research substantiates the necessity of expanding and improving the service of medical psychologists on the basis of perinatal centers, maternity homes and other obstetric institutions of all levels in order to reduce the risk of pathological births and childbirth as a result of unfavorable exogenous and endogenous psychological influences.*

In a significant number of women with already diagnosed chronic mental disorders, their manifestation occurred and / or their deterioration due to stress and experiences through possible or actual adverse progress of childbirth or neonatal period in children with excessive body weight occurred.

In the study group of conditionally mentally healthy women who survived fetal or childbirth in the neonatal period, significant mental disorders were observed in comparison with the control group, which was dominated by postpartum depression (in contrast to postpartum boredom in the control group of women who gave birth to healthy children).

The overwhelming majority of women from the study group did not receive support from close relatives and they did not use the method of partnership births.

In most women with mental disorders during childbirth and postpartum period, the progression of these disorders and destructive changes in the psyche has been halted by timely diagnosis and observation of a medical psychologist and conducting medical and psychotherapeutic correction of these conditions.

Thus, fetal loss syndrome is a significant problem for the woman's mental status, the possibility of the physiological course of pregnancy and childbirth and it requires timely recognition even when the first adverse affective changes on the part of the woman as well as the development and implementation of individual measures of psychotherapeutic (and, if necessary, medication) correction.

Key words: *mental state, pregnancy, childbirth, postpartum period, fetal loss syndrome, psychotrauma, mental disorders, diagnosis, screening, prevention, correction.*

Отримано: 22.01.2018 р.

УДК 159.98

О.О. Горова

ТРЕНІНГОВА МЕТОДИКА У СТРУКТУРІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСВІТНІХ ТА СУСПІЛЬНИХ РЕФОРМ

О.О. Горова. Тренінгова методика у структурі соціально-психологічного супроводу освітніх та суспільних реформ. *Впровадження освітніх та суспільних реформ є однією з головних проблем у сучасному українському суспільстві. Соціально-психологічний супровід реформування покликаний подолати труднощі, що виникають на шляху реформ. Ідеться про необхідність, опір, пасивність суб'єктів освітнього процесу, низький рівень комунікації між творцями освітніх реформ, учителями, батьками, учнями.*

У роботі представлено загальну структуру соціально-психологічного супроводу. Описано особливості ефективного реалізації тренінгової методики в структурі соціально-психологічного супроводу освітніх та суспільних реформ. Детально аналізуються авторські психологічні техніки підтримки процесу реформування освіти й суспільства.

Ключові слова: *впровадження освітніх реформ, соціально-психологічний супровід, тренінгова методика, мотиваційний тренінг.*

Е.А. Горова. Тренінгова методика в структурі соціально-психологічного супроводження освітніх та суспільних реформ. *Внедрение образовательных и общественных реформ является одной из ключевых проблем в современном украинском обществе. Социально-психологическое сопровождение реформирования призвано преодолеть трудности, возникающие на пути реформ. Речь идет о неосведомленности, сопротивлении, пассивности субъектов образовательного процесса, низком уровне коммуникации между создателями образовательных реформ, учителями, родителями, учениками.*

В работе представлена общая структура социально-психологического сопровождения. Описаны особенности эффективной реализации тренинговой методики в структуре социально-психологического сопровождения