

Министерство социальной защиты Алтайского края  
Краевой кризисный центр для женщин



## Методическое пособие

для специалистов социального обслуживания населения по консультированию женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора



Министерство социальной защиты Алтайского края  
Краевой кризисный центр для женщин

**Методическое пособие для специалистов  
социального обслуживания населения по  
консультированию женщин, находящихся  
в ситуации репродуктивного выбора**

Барнаул, 2020

### **Авторский коллектив:**

Ткаленко У.А., психолог КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

Душкина Н.А., психолог КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

### **Визуальное оформление:**

Рапин Г.Г., специалист по связям с общественностью КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

## Содержание

|  |    |
|--|----|
| Введение.....  | 6  |
| Кризисная беременность .....   | 8  |
| Идеология и методология организации работы с женщинами,<br>находящимися в ситуации репродуктивного выбора..... | 11 |
| Основные причины прерывания беременности .....   | 13 |
| Социально-психологическая работа с беременными в<br>ситуации репродуктивного выбора .....                      | 14 |
| Перечень методических рекомендаций и иных материалов.....  | 27 |

## Уважаемые коллеги!

Мы обращаемся к тем специалистам, которым по роду профессиональной деятельности так или иначе приходится сталкиваться с беременными женщинами, в силу каких-то обстоятельств, по тем или иным причинам вынужденными решать для себя непростую дилемму — сохранить беременность или сделать аборт.

Мы надеемся, что данные материалы помогут различным специалистам (психологам, специалистам по социальной работе, очных консультативных служб и телефонов доверия) за то короткое время, что женщина находится в сомнениях на консультации, лучше распознать эмоциональное состояние беременной женщины, раздумывающей об аборте, правильно выстроить беседу с ней, найти и вовремя задать тот самый нужный вопрос, который поможет женщине поделиться самым сокровенным и принять осознанное и взвешенное решение.

Если к врачу обращается женщина с просьбой дать направление на аборт, очень часто за её, как может показаться на первый взгляд, твердым и окончательным решением избавиться от беременности скрывается масса невысказанных страхов, тревог, опасений, сомнений, не говоря уже об элементарной неосведомленности, неинформированности, незнании. Безусловно, подробная медицинская информация о возможных последствиях аборта для женского здоровья будет ей очень полезна. Равно как и открытое информирование о внутриутробном развитии ребенка с возможностью увидеть фотографии эмбриона, соответствующие её сроку беременности. Но в не меньшей, а, может быть, и в большей степени эти женщины нуждаются в доброжелательном, участливом собеседнике, который внимательно выслушает, что-то разъяснит, поможет развеять внутренние страхи и тревоги. В идеале таким доброжелательным собеседником может стать психолог. Практика показывает, что нередко даже одной доверительной, искренней беседы с беременной женщиной бывает достаточно, чтобы женщина, разобравшись со своими сомнениями и опасениями, приняла осознанное решение о сохранении беременности.

## Введение

Несмотря на стойкую тенденцию к уменьшению общего количества аборт, благодаря активной государственной политике в данном направлении, эта проблема остается для России актуальной, что определяется демографической ситуацией, высокой частотой абортов и осложнений после них, материнской смертностью вследствие осложнений после аборта и ростом подростковой беременности.

Также тема профилактики абортов приобретает все большую актуальность в связи с тем, что существует потребность специалистов, работающих с женщинами, принимающими решение о сохранении или прерывании беременности, повышать свою профессиональную компетентность в сфере поддержки материнства.

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, - аборты. О необходимости сокращения числа абортов прямо говорится в Концепции демографической политики Российской Федерации.

Сокращение числа абортов имеет серьезный потенциал для повышения рождаемости.

Безусловно, такая непростая задача должна решаться комплексом мер, включающим меры материального стимулирования, информационного характера, а также адресную работу в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания населения с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности.

Конечно, каждая беременная женщина нуждается в поддержке, заботе, внимании, защите со стороны членов семьи, ближайшего окружения, государства в целом. Но есть особая категория беременных, которых называют «кризисными беременными» – это те женщины, которые по тем или иным причинам оказываются на пороге жестокого выбора и начинают склоняться к мысли о том, что возможным выходом из их кризисной ситуации может стать решение о добровольном отказе от материнства.

Незапланированная беременность для большинства женщин является фактором стресса, сложной жизненной ситуацией, а в этом состоянии человеку очень сложно сделать осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированно-го специалиста-психолога.

Настоящие методические рекомендации содержат информацию об организации и проведении психологического доабортного консультирования.

Методические рекомендации адресованы в первую очередь психологам, осуществляющим доабортное консультирование в учреждениях социального обслуживания населения. Консультирование женщин, собирающихся прервать беременность, должен осуществлять квалифицированный профессиональный консультант. И только в случае отсутствия профессиональных консультантов (психологов, психотерапевтов) консультации, направленные на предотвращение абортов, могут проводить и другие специалисты, занимающиеся данной проблемой, но имеющие уровень подготовки в области общей и медицинской психологии практически на уровне профессионального психолога.

Однако при этом необходимо соблюдение следующих требований:

1. Наличие у потенциального консультанта желания заниматься данной деятельностью (консультированием), осознание ее актуальности, важности, наличие устойчивого убеждения в необходимости проведения подобной работы.

2. Знание теоретических основ консультирования, изложенных в литературе по теме (см. список литературы).

3. Наблюдение начинающего консультанта за работой профессионального консультанта (психотерапевта, психолога) – не менее 10 бесед с клиентами по семейным проблемам с последующим обсуждением с профессионалом всех возникающих у потенциального консультанта вопросов. Желательная тематика бесед, за которыми наблюдает потенциальный консультант, – предотвращение абортов, но возможны и другие темы, с которыми обращаются клиенты в консультацию (взаимоотношения супругов, воспитание детей и т. д.).

4. Проведение первых пяти (при возможности и более) самостоятельных бесед при наблюдении профессионального консультанта с последующим обсуждением с ним допущенных при самостоятельной работе ошибок, недочетов, нахождение путей профессионального совершенствования начинающего консультанта.

Многие практикующие консультанты и психотерапевты отмечают, что огромную роль в эффективности их работы играет личность консультанта. Его вклад в успех – 70–75%; и только 20–25% вклада – это знание техник и приемов консультирования.

Такое распределение, безусловно, субъективно. Тем не менее, в работе с женщинами, идущими на аборт, эта закономерность (большая роль личности консультанта) проявляется четко.

В первую очередь – в плане построенной системы ценностей. Если консультант даже немного сомневается в том, что аборт – это деструктивный выход из сложившейся ситуации, нежели другой выход из ситуации клиента, то никакие техники не помогут. Мы впитываем от другого человека именно его взгляды и убеждения, а не то, что он нам говорит. К тому же женщина, идя на аборт, находится в неустойчивом эмоциональном состоянии, при котором имеют значение не столько слова, сколько убеждения консультанта, которые порой передаются без слов.

Можно обозначить общие требования к личности консультанта:

1. Тактичность, толерантность;
2. Доброжелательное отношение и сочувствие;
3. Способность держать при себе свои личные взгляды;
4. Проработанные собственные травматические переживания, связанные с абортом, если таковые переживания имелись;
5. Толерантность к агрессии клиента / умение с ней работать;
6. Умение работать с немотивированным клиентом.

Большое влияние на результат консультативных встреч будет оказывать установка, общее отношение к женщине, собирающейся прервать беременность.

Один из главных принципов работы психолога «не навреди». Причем в случае консультации по проблеме абортов «не навреди» относится к двум человеческим жизням. И здесь нужно уметь любить их обоих. У консультанта есть шанс помочь родиться малышу, и вырасти как личности, как человеку его маме.

Женщины, которые сделали аборт хоть раз в жизни, никогда не забывают об этом событии. Многие даже не осознают, что их нынешние проблемы, будь то болячки, плохие отношения с мужем или неуправляемые дети, тянутся как раз с того злосчастного момента, когда было принято решение прервать беременность. И пока женщина не переживет горе утраты, как мы переживаем его в процессе похорон человека, оплакивая умершего и прощаясь, она не сможет свободно дышать. Конечно, это сделать труднее. От человека, родившегося на свет, а тем более прожившего жизнь, остаются какие-то предметы, которые мы можем хранить годами в воспоминание о нем. А от не рожденного человечка остается только память.

## 1. Кризисная беременность

**Кризисная беременность** – это беременность, которая объективно (сопровождается выраженным соматическим, социально-бытовым и иным неблагоприятием) или субъективно (по тем или иным причинам не принимается женщиной) тяжело переносится женщиной, в связи с чем протекает под угрозой искусственного прерывания.

Кризисной беременностью следует называть беременность, которая соответствует как минимум одному из следующих критериев:

- негативное отношение к беременности со стороны самой женщины (в той или иной степени выраженное желание прервать беременность);
- негативное отношение к беременности со стороны кого-либо из близкого окружения (муж, родители и т. д.) женщины (оказание давления в принятии решения о прерывании беременности);
- несовершеннолетний возраст беременной;
- внешние препятствия (наличие у женщины финансовых, социально-бытовых, жилищных и т. п. проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за ребёнком);
- медицинские осложнения протекания беременности (наличие у женщины соматического или психического заболевания, риск (реальный или мнимый) ухудшения состояния здоровья во время беременности, тяжелое протекание беременности, обнаружение риска патологии у плода, наличие в анамнезе как минимум одного прерывания беременности, аборт по медицинским показаниям).

### **Угроза прерывания может быть выражена в разной степени**

*Латентная (скрытая) угроза* прерывания – имеется как минимум один из вышеперечисленных критериев, но женщина не высказывает желания / намерения прервать беременность.

*Актуальная угроза прерывания* – женщина высказывает сомнения в целесообразности рождения ребёнка; описывает сложности, связанные с этим событием; высказывает надежды и опасения, связанные с позитивными или негативными изменениями в её жизни, которые могли бы повлиять на её решение о сохранении / прерывании беременности.

*Намерение прервать беременность* – женщина высказывает, казалось бы, твердое желание прервать беременность, просит предоставить ей направление на аборт. Однако очень часто речь идет о «псевдотвердом» и «псевдоокончательном» решении. Даже если женщина утверждает, что она «уже все решила», она, зачастую, подсознательно колеблется, ждет помощи и контраргументов вплоть до момента начала операции по прерыванию беременности. В связи с этим работа, направленная на сохранение ребёнка, представляется перспективной даже для этой группы беременных, хотя в такой ситуации подобная работа, конечно же, требует особого такта, гибкости и мягкости.

Три важные закономерности, связанные со степенью риска прерывания беременности:

1) решение о прерывании беременности принимается только женщиной и связано не столько с наличием объективных проблем и препятствий для рождения ребёнка, сколько с её готовностью отстаивать своё материнство и преодолевать сложности ради сохранения жизни ребёнка (ярчайшим примером служит рождение детей в военные и послевоенные годы, когда жизненные обстоятельства были гораздо более тяжелыми, чем в современной действительности, однако ценность деторождения была высока и придавала женщинам решимость);

2) переход латентной угрозы прерывания беременности на уровень актуальной угрозы или в намерение прервать беременность может происходить на любом сроке беременности (известны случаи, когда женщины приходили к такому решению на сроке 20–24 недели!);

3) степень угрозы прерывания беременности может увеличиваться в связи с а) неблагоприятными изменениями (отсутствием благоприятных изменений) в жизни женщины, б) отсутствием моральной поддержки в намерении сохранить беременность; при оказании поддержки и предоставлении информации об альтернативных, более конструктивных путях решения имеющихся проблем и возможностях получить необходимую помощь, уровень угрозы

прерывания беременности, напротив, во многих случаях снижается.

### **Факторы кризисной беременности:**

«Кризисности» беременности способствует ряд факторов. В действительности они тесно переплетены и взаимодополняемы, тем не менее, условно можно выделить 4 группы факторов:

- психологические (внутриличностные, межличностные, супружеские)
- социально-психологические (социальные стереотипы, внебрачная беременность, давление среды и т. п.)
- социально-экономические (материально-бытовые жизненные условия, финансовое положение, асоциальность, миграция и т. д.)
- медико-психологические (соматические и психические заболевания женщины, обнаруженные риски патологии плода и т. д.)

Очевидно, что решение о прерывании беременности складывается путем совокупного действия ряда факторов и является негативным, деструктивным выходом из кризисной беременности.

### **Варианты разрешения кризисной беременности**

Кризис – это переломный момент в жизни, когда два (или более) варианта дальнейшего жизненного пути сталкиваются друг с другом, создают конфликт. Для выхода из кризиса человек должен, проделав определенную внутреннюю работу, принять один из вариантов и реализовывать его.

Кроме того, кризис ставит перед человеком ряд вопросов о его жизни: как я живу? почему именно так? с теми ли людьми? согласен ли я с собой и своей жизнью?

Женщина, находящаяся в ситуации репродуктивного выбора, имеет конфликтное столкновение вариантов жизненного пути: принять или нет факт рождения её ребёнка и все последствия, которые то или иное решение за собой повлечет.

Выход из кризиса может быть конструктивным и деструктивным. Конструктивный выход – такой, при котором принимается наиболее естественная и благоприятная из имеющихся возможностей, а душевное, психологическое состояние женщины и её отношения с окружающими гармонизируются.

При деструктивном выходе, напротив, принимается альтернатива, противоречащая естественному ходу событий, психологическое состояние женщины ухудшается или становится рассогласованным, конфликтным, ухудшается отношение к себе, формируется или усугубляется дисгармония в отношениях с окружающими.

Как правило, конструктивный выход из кризиса соответствует сохранению беременности. Приняв это решение, в большинстве случаев, женщина приходит к миру с собой и исполняется сил для его реализации (регулирование внутрисемейных конфликтов, поиск возможностей и средств для обеспечения ребёнка необходимым уходом и т. д.).

Прерывание беременности является деструктивным выходом из кризиса с точки зрения психологических, семейных, социальных и демографических последствий.

Идеалом работы консультанта является окончательное позитивное разрешение кризисной ситуации. Как правило, это соответствует принятию факта беременности, решению о сохранении ребёнка и сопровождается чувством успокоения, умиротворения. После этого женщина начинает вырабатывать поведенческий алгоритм по решению сопутствующих проблем (кому-то надо помириться с мужем, кому-то, напротив, расстаться с асоциальным сожителем, кому-то – устроиться на работу или позаботиться о жилье и т. д.).

Однако этот идеал часто бывает недостижим – в силу объективной невозможности сохранить беременность или сильного сопротивления женщины, отвержения ею помощи консультанта.

При невозможности достичь решения о сохранении беременности положительным результатом работы консультанта могут быть следующие варианты.

Информированность. Хорошо, если женщина просто выслушает информацию о возможных последствиях прерывания беременности. Чаще всего, женщины, не меняющие своё

решение и прерывающие беременность, подвергают эту информацию вытеснению из сознания.

Однако при наступлении негативных последствий эта информация, скорее всего, актуализируется, что уже не даст возможности женщине «списать» возникшие проблемы со здоровьем на случайность или халатность/некомпетентность врача, а поможет в осознании того, что эти причины кроются в самом факте аборта. Также полученная информация может актуализироваться при возникновении следующей кризисной ситуации – возможности нежеланной беременности или её возникновении, переживании кризисной беременности самой женщиной, кем-то из знакомых или родственниц женщины. В этом случае повышается вероятность того, что женщина уже не прибегнет к прерыванию как к привычному средству «предохранения» от рождения ребёнка, а также сможет оказать поддержку другой женщине. Широкое распространение достоверной информации о последствиях данного медицинского вмешательства (хотя бы через женщин, переживающих кризисную беременность) способствует постепенному формированию в обществе более адекватного представления об аборте и соответствующего к нему отношения.

Решение, принятое «с открытыми глазами». Женщина, даже приняв информацию и проделав необходимую внутреннюю работу, может, по ряду причин, не переменить своё решение. Однако тот факт, что она была проинформирована о возможных последствиях, о возможных путях помощи, и уже после этого отказалась от решения родить ребёнка, в отдаленной перспективе более благотворно скажется на её психическом состоянии. Приняв осознанное решение, она будет воспринимать себя уже не как жертву обстоятельств, а как человека, который взвесил все «за» и «против» и готов нести ответственность за свой поступок. С точки зрения психического благополучия эта ситуация гораздо более благоприятна, даже если впоследствии женщина испытает раскаяние и чувство вины. Осознанное принятие решения дает женщине возможность анализа и контроля по отношению к потенциальным, могущим возникнуть физическим, психологическим и семейным последствиям прерывания беременности.

Более осторожное отношение к следующей беременности. В практической работе, к сожалению, часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда женщина за то время, пока она способна к деторождению, совершает повторные аборты. В результате женщина получает множество осложнений, в том числе медицинского характера. При этом в связи с элементарной неосведомленностью, она не связывает ухудшение состояния своего здоровья с предшествующими прерываниями беременности. Женщина, получившая всю необходимую информацию в процессе консультирования, даже если она сделает аборт, в будущем будет по-другому относиться и к ситуации возможного зачатия и к ситуации наступления последующей, возможно также неожиданной беременности. Возможность осознать свой поступок позже.

Большинство людей негативно относятся к аборту. То же самое можно сказать и о женщине, принявшей решение о прерывании беременности, с той лишь разницей, что она защищается от осознания всей серьезности своего поступка, особенно, если он был совершен без достаточных, по мнению женщины или её близких, на то оснований. Невозможность осознать своё чувство вины парадоксальным образом делает его особенно тяжелым. Женщина после аборта может десятилетиями мучиться от неосознанной, подспудной тяжести, невозможности наладить отношения с детьми, конфликтов с мужем, непонятно откуда взявшегося недовольства собой.

Честная и полная информация, предоставленная женщине на этапе кризисного консультирования, даже если тогда она была встречена враждебно, может актуализироваться некоторое время спустя. Зачастую именно это помогает женщинам признать свою вину перед собой и нерожденным ребёнком, принять тот факт, что прерывание беременности было ошибкой, слабостью. Это открывает путь к тому, чтобы суметь простить себя самой, уйти от фиксации на прошлом и бесплодных самообвинений, начать заботиться о своей жизни и близких людях.

## **2. Идеология и методология организации работы с женщинами, находящимися в ситуации репродуктивного выбора**

С целью внедрения технологии работы с женщинами, находящимися в ситуации репродуктивного выбора, вначале необходимо определить единый понятийный аппарат, нормативно-правовую базу реализации деятельности по работе с данной целевой группой, основные направления и форматы деятельности по доабортному консультированию и алгоритм работы, а также механизмы мониторинга и оценки деятельности.

### **2.1. Основные понятия**

*Кризис* – это переломный момент в жизни, когда два (или более) варианта дальнейшего жизненного пути сталкиваются друг с другом, создают конфликт.

*Кризисная беременность* – это беременность, которая объективно (сопровождается выраженным соматическим, социально-бытовым и иным неблагополучием) или субъективно (по тем или иным причинам не принимается женщиной) тяжело переносится женщиной, в связи с чем протекает под угрозой искусственного прерывания.

*Амбивалентность (противоречивость, разнонаправленность)* - двойственность (расщепление) отношения к чему-либо, в особенности — двойственность переживания, выражающаяся в том, что один и тот же объект вызывает у человека одновременно два противоположных чувства.

*Тоннельное сознание* характеризуется тем, что человек не справляется с неожиданно «свалившейся» на него ситуацией, теряет и из множества возможных вариантов развития событий и собственного поведения видит только один (как будто находится в тоннеле).

*Эмоциональная стабильность*. Этот фактор характеризует динамическое обобщение и зрелость эмоций в противоположность нерегулируемой эмоциональности (эмоциональная нестабильность).

### **2.2. Нормативно-правовая основа**

Правовой основой для реализации психологического доабортного консультирования являются следующие документы:

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №606 «О мерах реализации демографической политики Российской Федерации»

2. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351.

3. Соглашение о взаимодействии Министерства социальной защиты Алтайского края и Министерства здравоохранения Алтайского края № М – 255/19 от 26.12.2019 года

4. Методическое письмо Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2010г. N 15-0/10/2-9162 «Психологическое доабортное консультирование». □ Методическое письмо Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.08.2011г. N 15-0/10/2-8347 «О создании ЦМСПБ».

5. Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 56 Искусственное прерывание беременности).

6. Постановление Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6.02.2012 г. №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

7. Информационно-методическое письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.07.2017 года N 15-4/10/2-4792 «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности». Приказы местных органов управления (ДЗ, БУЗы и МУЗы).

8. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2017 г. N 15-4/10/2-4792 О направлении методического письма «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности»

### **2.3. Основные цель и задачи деятельности**

Цель - осознанное принятие решения женщиной о сохранении беременности и рождении ребенка.

Для достижения этой цели специалист должен решать следующие задачи:

1. Помочь женщине в адекватной оценке своей актуальной жизненной ситуации, выявить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности.
2. Поиск конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности, выявление и анализ внешних и внутренних ресурсов, личностных и средовых.
3. Помочь задуматься, пошатнуть иррациональные установки и стереотипы.
4. Пробуждение материнских чувств.
5. Информирование о последствиях аборта для женщины, т.е. влияние на психическое (острое стрессовое состояние после аборта и отдаленное переживание аборта) и физическое состояние женщины (в том числе на репродуктивное здоровье), а также на отношения в семье.
6. Формирование образа будущего.

#### **2.4. Целевые группы:**

- Кризисные беременные - это беременные женщины, стоящие на грани совершения аборта;
- Одиноким матери с детьми, то есть женщины, попавшие в тяжелую жизненную ситуацию (отсутствие поддержки со стороны отца ребенка и родственников, материальная необеспеченность, депрессия и т.п.);
- Многодетные семьи и многодетные матери - одиночки, находящиеся в крайне стесненном материальном положении.

#### **2.5. Принципы психологического консультирования в ситуации репродуктивного выбора**

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту
2. Ценностная позиция психолога в сочетании с уважением права клиента иметь свои представления о нормах и ценностях
3. Запрет давать советы
4. Конфиденциальность
5. Разграничение личных и профессиональных отношений. Готовность и предложение оказывать поддержку и помощь.
6. Включенность клиента в процесс консультирования в результате способности консультанта заинтересовать и замотивировать неистинного клиента на дальнейшей взаимодействии.

#### **2.6. Методы и приемы консультирования**

- Беседа
- Диалог
- Опрос, интервью
- Анкетирование
- Активное слушание (отражение содержания, эмоций, уточнение, переформулирование)
- Ободрение, успокаивание, психологическая поддержка
- Паузы молчания
- Провоцирование, конфронтация
- Интеграция
- Информирование
- Убеждение
- Разъяснение
- Поиск ресурсов
- Использование дополнительных инструментов и материалов в работе (притчи, метафоры, истории, рисунки, метафорические карты)

### **3. Основные причины прерывания беременности**

#### **Внешние причины:**

1. Временные – незапланированность, нежелательность беременности.
2. Финансовые (нет денег, нет работы, кредиты, ипотека).
3. Жилищные (нет своего жилья, маленькая жилплощадь).
4. Социальные (зачем «нищету плодить», с работы уволят, осудят, нет помощи от государства).
5. Семейные (отсутствие поддержки мужа, отца ребенка, давление со стороны родственников).
6. Внебрачный ребенок.
7. Одиночество (нет мужа, нет семьи).
8. Медицинские (хронические заболевания, прием наркотиков, алкоголя, наркомания, курение, прием контрацептивов, других препаратов, кесарево сечение).

#### **Внутренние причины:**

1. Психологические (неготовность к деторождению, низкий уровень социально-психологической зрелости, инфантильность, страх потери жизненного комфорта).
2. Аксиологические и этические (проблемы с системой жизненных ценностей, с мировоззрением).
3. Когнитивные (отсутствие или недостаток необходимых знаний в вопросах физиологии, экологии супружества, психологии, низкий уровень образованности и эрудиции).

## 4. Социально-психологическая работа с беременными в ситуации репродуктивного выбора

### 4.1. Специфика консультирования женщин, идущих на прерывание беременности

**1. Клиентка не мотивирована на работу с психологом**, а иногда даже настроена несколько враждебно («Я все решила сама и не имею потребности обсуждать это с кем бы то ни было»)

Особенность консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, заключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию. В специальной психологической литературе такие женщины обозначены как «немотивированные» клиенты. Задача консультанта преодолеть естественное сопротивление «немотивированной» клиентки, сформировать у нее мотив и заинтересованность в консультации у психолога. Он может позиционировать свою задачу, как помощь женщине в «УСЛОВИЯХ ПРИНЯТОГО РЕШЕНИЯ». В этом случае обычно появляются вопросы клиента, который «все для себя решил», кроме того, что будет дальше. В беседе появляется интрига, болевая точка как бы пройдена и контакт облегчается. Как правило, женщина только думает, что приняла решение. На самом деле, сомневается до последнего момента.

Также консультант должен демонстрировать позитивное отношение к клиенту, стараться выдерживать максимально доброжелательный тон беседы. Не нужно сразу спрашивать о причинах аборта и затрагивать какие-либо глубокие проблемы, лучше для начала задавать больше формальных вопросов: анкетные данные; количество, возраст, пол детей; семейное положение; срок беременности. Это поможет не только собрать информацию консультанту, но и позволит самой женщине расслабиться, немного успокоиться, понять, что никакой опасности для целостности ее личности нет, и настроиться на рабочий лад.

### **2. Клиентка в большинстве случаев находится в стрессовом состоянии**

Незапланированная беременность неизбежно является стрессовым фактором. Перед женщиной встает нелегкий выбор – отказаться от своих планов, потерять финансовую стабильность, кардинально изменить образ своей жизни и родить ребенка, либо уйти от этой «проблемы» посредством операции, которая сама по себе является стрессом для большинства женщин. Ослабить эмоциональное напряжение помогает беседа о внутренних переживаниях клиента. Можно спросить о том, какая была первая эмоциональная реакция в тот момент, когда женщина узнала о своей беременности, как она трансформировалась в дальнейшем и с чем это было связано; что она чувствует, когда думает о своей беременности в данный момент; является ли данная ситуация для нее критической и почему. Но лучше, если психолог сначала сам озвучит те эмоции, которые может испытывать женщина и предложит клиенту это каким-либо образом прокомментировать. Если эта часть работы выполнена качественно, психолог может завоевать определенное доверие со стороны женщины и поможет ей начать рассказывать о своих проблемах и, возможно, причинах решения сделать аборт.

### **3. Непродолжительное время консультации.**

За 30 минут необходимо проделать большую работу: установить доверительные отношения, преодолеть эмоциональное напряжение, собрать необходимые данные о клиенте и его ситуации, на основании оценки личности клиента выбрать и применить стратегию работы. Если клиент мотивирован на работу, процесс консультирования может продолжаться до 60 минут и даже переноситься на другой день, в других же случаях увеличение длительности работы с клиентом может вызвать с его стороны недовольство и свести эффект от консультации на нет.

За время консультации психолог должен решить три основные задачи:

- установление контакта и доверия;
- диагностику проблем, подтолкнувших женщину к решению об аборте;
- аргументацию и психотерапевтическое воздействие.

*Задача 1.* В целях установления контакта психолога и женщины используются методы создания у женщины позиции истинного клиента.

*Задача 2.* В диагностическом плане задача консультанта состоит в определении проблем клиента, выдвижении и проработке гипотез об их природе, на основе анализа:

- содержания, рассказанного женщиной;
- ее аргументов, почему она собирается сделать аборт;
- ее поведения;
- собственных субъективных впечатлений от взаимодействия с женщиной.

Консультант выстраивает рабочую модель внутреннего мира клиента, видения им создавшейся ситуации и подходящую для данного случая стратегию консультации.

*Задача 3.* Терапевтическая и основная задача консультирования – создание в ситуации консультирования условий, благодаря которым женщина-клиент получает возможность:

- расширения собственного видения возникших в ее жизни проблем;
- рассмотрения альтернативных (не путем аборта) способов решения этих проблем.

### 4.3. Этапы доабортного консультирования

#### 1. Начало консультативной беседы

- представление психолога;
- сообщение о цели консультации и при необходимости — времени, которое она может занять.

В ходе консультации можно использовать «Карта оказания психологической помощи в ситуации репродуктивного выбора» (приложение 1).

Чтобы вовлечь клиента в диалог, помочь ему раскрыться, преодолеть сопротивление, целесообразно начинать с открытых вопросов (на которые нельзя ответить «да» или «нет»). Например: «Какие вы видите причины, подталкивающие вас к прерыванию беременности? Чем вызвано ваше решение?» В начале консультации психологу лучше занимать пассивную позицию «приемника информации». В начале консультации основной прием — активное слушание и уточняющие вопросы. Например, очень часто женщины в числе первых причин указывают: «У меня уже есть ребенок». Даже если у психолога возникает внутренний вопрос: «Ну и что?» — его можно задать позднее и в другой форме. В начале работы целесообразнее выяснить возраст, пол ребенка, особенности развития, воспитания. Это важно, так как может открыться значимая информация, например, о том, что первый ребенок имеет нарушения в развитии. Здесь будет одна тактика консультирования. А если в процессе уточнения выясняется, что «У меня уже есть пятеро...» — будет другая тактика работы.

Часто причина «трудно материально» является для женщины шаблоном. Проясняя эту ситуацию — что значит для вас «трудно материально», — можно подвести женщину к самостоятельному выводу, что «если ребенок родился, то и средства вырастить найдутся». Но еще раз подчеркнем, что в начале консультации сам психолог не приводит контраргументацию, лишь уточняющими вопросами проясняет для себя и для клиента создавшуюся ситуацию. Важно выяснить, делала ли раньше женщина аборт. Безусловно, если это первый аборт, больше вероятность предостеречь от этого шага, и большее воздействие окажут доводы о негативных последствиях для психического и физического здоровья. Но если уже было сделано 5 – 6 аборт, аргументация не будет играть существенной роли. В процессе консультирования необходимо выявить информацию о: возрасте женщины; жилищных условиях; источниках дохода; была ли она (ее муж) единственным ребенком в семье; реакцию отца ребенка на сообщение о беременности; оформлены ли ее отношения с отцом ребенка и каковы эти отношения; кто поддерживает ее в решении сделать аборт и кто против этого. Внимательное слушание изложения клиентом его проблем и понимание их субъективной картины, то есть того, как клиент воспринимает сложившуюся ситуацию, является одной из основных задач начальной стадии консультации. Психолог может помочь клиенту более четко представить всю систему проблем, если посредством повторения и прояснения смысловых и эмоциональных сообщений будет демонстрировать желание понять их как можно более точно.

#### 2. Середина консультативной беседы

На этом этапе консультации психолог приступает к аргументации. Используются техники те же, что и на первом этапе, и новые: прояснение и отражение чувств, интерпретация и т. д. Аргументирование консультантом должно осуществляться не напрямую путем указания на то, что женщина поступает неправильно, плохо (она и сама об этом знает и, тем не менее, решается на аборт). Задача психолога — вскрыть основной болевой момент, ту причину, которая подводит женщину к этому решению.

В процессе консультации целесообразно подвести женщину к осознанию того, что вопрос о незапланированной, или, как еще выражаются, нежеланной беременности в действительности поднимает другой вопрос, о котором женщина старается не задумываться. Этот вопрос заключается в следующем: а так ли она живет?

Психолог должен помочь женщине осознать первопричину того, почему она готова пойти на аборт. Эти причины — «классические» трудности в жизни женщины, которые целесообразно прорабатывать как в обычном консультативном процессе.

### **3. Завершение консультативной беседы**

Как известно из психотерапевтической практики, о самом важном клиенты часто говорят именно в конце встречи, поэтому полезно бывает спросить: «Не упустили ли мы чего-нибудь важного?», «Есть ли еще что-то, что вы хотели бы добавить?» В некоторых случаях целесообразно задать вопрос: «Как вы себя чувствуете в связи с приходом сюда сегодня?»

На заключительной стадии важной задачей психолога является поиск внутренних и внешних ресурсов женщины. Также консультант может предоставить клиенту дополнительные материалы и выполняет диспетчерскую функцию. Многие проблемы, поднятые клиентом, могут быть связаны с необходимостью обращения к другим специалистам: юристу, специалисту по социальной работе и др. Психолог должен предоставить женщине информацию о том, куда она может обратиться для решения непсихологических проблем. А также информирует о социальных выплатах: ежемесячная выплата в связи с рождением первого ребенка, финансовая поддержка семей, выплаты многодетным семьям, механизм получения льготной ипотеки (приложение 2)

#### **4.4. Типы поведения женщины при консультировании:**

*1. Агрессивная закрытость:* «Я все решила, не Ваше дело». Дает односложные ответы. Воспринимает вопросы как копание в душе. Важно говорить мягким тоном. Больше сосредоточиться на информированном согласии об аборте.

Часто они отказываются брать информационные материалы с собой, говорят, что выкинут, что лучше отдайте их тем, кому надо.

*2. Молчаливое недоверие.* Эти женщины тоже скрытны, как и первая группа, но в основе лежит страх и недоверие консультанту, психологам вообще. Часто это женщины конформные, недоверчивые к миру, с низким уровнем рефлексии. Они могут быть в зависимых отношениях с мужчиной или матерью. Они тоже могут давать односложные ответы, но более отзывчивы, чем представительницы первой группы. Готовы слушать, поэтому консультация может длиться более 30 минут. Они, как правило, берут информационные материалы с собой, скорее всего, читают.

*3. Частичная открытость.* Это женщины, которые могут без большого желания, но все же говорить о мотивах прерывания беременности. Расскажут частично свою ситуацию. Но роль лидера в консультации принадлежит психологу. Если он не станет задавать подводящих вопросов, женщина откровенничать не будет. Если беременная почувствует расположение к психологу, то беседа может перейти на качественный уровень и продлиться до часа, берут с собой информационные материалы. Такие женщины на повторную консультацию приходят редко. Они закрепощают себя, скрывают свои эмоции. Даже если разговор заходит о чем-то важном сдерживают слезы, стесняются и не желают показывать свои эмоции чужому человеку (консультанту).

*4. Доверительная открытость.* Женщины спокойно сами рассказывают свои трудности, сомнения, сами выдвигают аргументы и за аборт, и за рождение ребенка. Спрашивают совета, открыты к проявлению эмоций могут плакать, грустить, смеяться в зависимости от того, о чем рассказывают. Они возьмут информационные материалы с собой. С этой группой складываются самые эффективные и глубокие консультации. Эти женщины соглашаются приходить на повторные консультации, могут привести подругу, отца ребенка или мать. Но все же чаще приходят одни, пытаются разобраться с собственными ощущениями и переживаниями. Для них переживание кризисной беременности действительно становится способом выйти на новый уровень личностного развития.

*5. Активный поиск (требование помощи).* Такие женщины сами могут найти консультанта через интернет, врача или знакомых. Чаще всего это те, кто сами хотят сохранить ребенка, но обстоятельства и окружение выступают против, оказывая на них определенное давление. Они открыты, настойчивы. Чаще всего при получении помощи и просто моральной поддержки сохраняют беременность. Но минусом является то, что некоторые из них часто не готовы к рефлексии, самоанализу, а сосредотачиваются на решении сиюминутных проблем:

вещи на ребенка, чтобы кто-то поговорил с мамой или сестрой и т.д. При этом они всячески уходят от психологической работы над собой, своими установками и мотивами.

Психолог проводит консультацию с учетом поведения женщины и постепенно подводит ее к выводу о том, что аборт - это НЕ выход из сложившейся ситуации и не способ решения её проблем.

#### **4.5. Основные черты психического состояния женщины**

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей, которые консультанту следует знать и уметь диагностировать для построения адекватного взаимодействия с женщиной. Поведение женщины в данной ситуации, кажущееся порой противоречивым и непредсказуемым, обусловлено её психическим состоянием и закономерно из него проистекает.

##### ***Растерянность и шок***

В случае известия о незапланированной беременности или подозрениях на какие-либо осложнения при желанной беременности женщина склонна испытывать растерянность. Иногда это чувство бывает очень сильно выражено и доходит до уровня шока. Женщина не может справиться со «свалившимся» на неё неожиданным известием, ей трудно сразу сориентироваться в новой, незапланированной ситуации. Основная мысль, звучащая в её сознании, «Я не знаю, что мне теперь с этим делать». Внутренние ресурсы, направленные на конструктивное и планомерное решение проблемы, в состоянии растерянности снижены практически до нуля. Женщина может либо просто пребывать в состоянии психологической «оглушенности», либо искать совета, подсказки. Это состояние растерянности является психологически закономерной и понятной реакцией на незапланированную ситуацию, и в норме само проходит через некоторое время, после чего человек принимается за действия по решению проблемы.

В описываемой нами ситуации решение об аборте может возникать двумя путями: а) «подсказка» кого-либо из близкого окружения женщины (можно рассматривать как форму давления); б) импульсивное самостоятельное решение женщины, основанное на тиражировании собственного abortивного опыта (повторный аборт, привычное решение привычной проблемы) или тиражировании социального abortивного опыта (распространенность abortов как средства выхода из подобных ситуаций).

В любом случае быстрое решение об аборте следует считать скорее шоковой реакцией, чем обдуманым решением.

##### ***Что с этим делать?***

1. Успокоить, объяснить её состояние, посочувствовать.
2. «А Вам раньше доводилось попадать в неожиданные ситуации? Вы, наверное, сначала терялись, а потом находили способ решить проблемы, когда они переставали казаться столь страшными».

##### ***Чего делать нельзя***

Если женщина демонстрирует признаки растерянности, но не говорит о прерывании беременности, ни в коем случае нельзя в какой-либо форме предлагать ей прервать беременность! Не следует задавать пациентке вопрос о желании прервать беременность, лучше даже не упоминать слова «аборт» и «прерывание».

##### ***Амбивалентность (противоречивость, разнонаправленность)***

В сознании женщины альтернатива аборт/роды всегда представлена как два возможных варианта развития событий. В связи с этим женщина, даже склоняясь к мысли о прерывании беременности (или утверждая, что она «уже все решила»), не может полностью отторгнуть или проигнорировать, не обдумывать возможность сохранения беременности и жизни с ребёнком. В душе она продолжает колебаться. Борьба этих двух вариантов приводит к вну-

тренному конфликту, переживание которого причиняет женщине страдания. Женщина, намеренная прервать беременность, это всегда и прежде всего, человек в кризисном состоянии, страдающий человек. Именно этим страданием и попытками совладать с ним объясняются многие, порой весьма неприятные, особенности поведения такой женщины и сложности в построении ею взаимодействия с персоналом медицинского учреждения.

Амбивалентность может быть выражена в разной степени - от явных колебаний до почти полного слияния сознания с мыслью о прерывании беременности. В беседе с женщиной специалист может наблюдать следующие признаки амбивалентности: прямые вербальные сообщения о сомнениях («Не могу решить...»); рассуждения о преимуществах и недостатках одного и другого решения; вопросы о последствиях аборта, обращение к жизненному опыту врача (или другого специалиста), прямое обращение к специалисту за советом; эмоциональная напряженность, нервозность, плач (или «глаза на мокром месте») без высказывания сомнений или даже при утверждении, что намерение сделать аборт является твердым, взвешенным и окончательным.

### **Что с этим делать?**

1. Заметив признаки амбивалентности, следует спросить женщину, есть ли у неё хоть малейшие сомнения в правильности решения о прерывании беременности. Если сомнения есть, то лучше рекомендовать женщине отказаться от аборта и решать сопутствующие социально-психологические проблемы более адекватными методами (направить на консультацию к соответствующему специалисту, проинформировать о деятельности соответствующих служб, посоветовать ещё раз обсудить эту проблему с родственниками и т.д.). По-настоящему безвыходные ситуации встречаются довольно редко и, как правило, после серьезных размышлений и привлечения соответствующей помощи женщина или семья находят ресурсы, обеспечивающие возможность вынашивания, рождения и воспитания ребёнка.

Данная рекомендация обоснована тем, что пациентки, реализовавшие решение о прерывании беременности в состоянии амбивалентности, в подавляющем большинстве случаев раскаиваются в своем поступке некоторое время спустя.

Многие из них сильно страдают и характеризуют свои дальнейшие переживания как «пожизненное чувство вины и горе». Особенно трагичными являются случаи, когда в результате аборта наступают осложнения, в том числе необратимые.

2. Если есть признаки амбивалентности, но женщина не говорит о своих колебаниях (но и не отрицает их), можно напрямую спросить у нее: «Вы сомневаетесь в принятом решении?» или проговорить своё впечатление в реплике специалиста обязательно должны прозвучать слова, указывающие на сомнения, колебания. Это даст женщине возможность раскрыть свои переживания. Если строить свой вопрос через слово «уверенность» (например, «Вы окончательно уверены в своем решении?»), то для пациентки это скорее будет означать необходимость формального подтверждения её согласия: «Я беседую с Вами, и у меня складывается впечатление, что Вы все ещё колеблетесь, что у Вас есть сомнения в том, что аборт правильный выход». После подобных реплик женщина, скорее всего, заговорит о том, что её тревожит. Следует поощрять её к высказыванию амбивалентности («Расскажите об этом поподробнее», «Скажите, что именно заставляет Вас сомневаться?», «Каковы Ваши опасения в связи с абортом?»). Необходимо, чтобы женщина как можно более подробно высказалась. Это поможет ей лучше понять своё состояние, увидеть реальный уровень сложностей, более взвешенно принять решение.

3. Если женщина, явно проявляющая амбивалентность, на словах отрицает свои сомнения, полезно бывает указать ей на её невербальные проявления (например, так: «Хорошо, Вы уже все решили. Но почему Вы плачете?»). Если женщина признает, что ей все же тяжело принять это решение, можно продолжать беседу с целью выявления и осознания сомнений, амбивалентности (см. п. 2), поиска альтернативного прерыванию беременности выхода.

4. После того, как пациентка выскажет свои сомнения и страхи, следует, на основании научных данных и клинического опыта, подтвердить, что из сказанного ею может реально произойти. Необходимо быть объективным, предоставлять правдивую информацию и избегать «ложного успокоения» пациентки. Например, женщина говорит, что боится медицин-

ских осложнений и думает, что после аборта будет сожалеть о нерождённом ребенке. Специалисту следует честно подтвердить, что так действительно бывает, призвать женщину ещё раз сопоставить, с одной стороны, риск возможных последствий и, с другой стороны, усилия, которые от неё потребуются, если она решит сохранить беременность, при этом не забывая о её личных и внешних ресурсах, которые можно привлечь в этой ситуации. Она должна почувствовать, решить, что для неё будет действительно лучше в масштабе всей жизни, а не ситуативно легче.

### **Чего делать нельзя:**

1. Нельзя игнорировать яркие проявления амбивалентности. Колебания все равно через некоторое время тем или иным образом дадут о себе знать.

2. Нельзя, сталкиваясь с теми или иными проявлениями амбивалентности, обращаться к пациентке с общими фразами типа: «Не волнуйтесь, все будет хорошо», «Успокойтесь, все в порядке» и т.п. Во-первых, Вы не знаете, будет ли все хорошо. Ни один добросовестный врач не даст пациентке, идущей на прерывание беременности, гарантию безопасности и отсутствия осложнений. И что Вы будете делать, если случится так, что «не все хорошо»? Во-вторых, подобные реплики не успокаивают, а загоняют сомнения и переживания «внутри» и создают лишь видимость спокойствия. Колебания, невысказанные и не проработанные, могут в любой момент подняться на поверхность и сделать поведение женщины непредсказуемым, а могут, спустя довольно продолжительное время, выразиться в некоторых формах психического или психосоматического неблагополучия.

3. Нельзя скрывать эмоционально неприятную информацию об аборте (или просто обманывать пациентку) с целью её «успокоить». Во-первых, повторяем, Вы не можете дать гарантию того, что данная операция пройдет без осложнений. Во-вторых, по ныне действующим правовым нормам, пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. И в-третьих, просто с человеческой точки зрения, не забывайте о том, что прерывание беременности - это не просто операция, это очень серьезный шаг в жизни женщины и она имеет право идти на него с открытыми глазами, даже если это грозит определенными эмоциональными затратами для персонала.

4. Нельзя демонстрировать своё раздражение по поводу того, что женщина ещё не справилась со своими сомнениями и не приняла окончательное решение. Женщина не обязана принимать столь серьезное решение быстро и бесповоротно. От этого решения слишком много в её жизни зависит. Она имеет право получать информацию, задавать вопросы и на основании полученных данных пересматривать своё решение. Если Вы устали от этой конкретной пациентки, раздражены или ограничены во времени, лучше не торопить пациентку, а предложить ей проконсультироваться у кого-либо из Ваших коллег.

### **«Тоннельное сознание»**

Это феномен, свойственный многим острым кризисным ситуациям, в частности, в подобном состоянии совершается большинство суицидов. «Тоннельное сознание» характеризуется тем, что человек не справляется с неожиданно «свалившейся» на него ситуацией, теряется и из множества возможных вариантов развития событий и собственного поведения видит только один (как будто находится в тоннеле). Известны случаи, когда женщины, после подобных «успокоений», ложились на аборт, в последний момент уходили буквально с кресла, учиняли скандалы в отделении, преследовали врачей, которые их «обманули», отличительной чертой этого состояния является неспособность человека самостоятельно рассмотреть альтернативные варианты решения имеющейся у него проблемы (а порой даже задаться вопросом о наличии альтернативных вариантов). Так, молодая девушка может бояться агрессии со стороны родителей, если она прямо сообщит им о беременности (во-первых, они совершенно не обязательно рассердятся, а во-вторых, можно подготовиться к этому разговору и провести его так, чтобы обеспечить свою психологическую безопасность); жена, поссорившаяся с мужем, решает прервать беременность, даже не попытавшись с ним помириться; женщина, которая боится остаться без работы и без средств к существованию, идет на аборт, хотя можно было бы проконсультироваться с юристом о том, насколько её страхи обоснова-

ны, обратиться в организации, помогающие беременным женщинам в трудоустройстве или предоставляющие временную спонсорскую помощь и т.д. Здесь показано лишь несколько примеров, перечень которых далеко не полон.

В общем виде можно сказать следующее: прерывание беременности не является выходом из сложной ситуации. Просто женщина, не ожидавшая беременности, растерявшаяся, находясь в «тоннельном сознании», не видит альтернатив, воспринимает свою ситуацию как тупиковую.

### ***Что с этим делать?***

Прежде всего, нужно выслушать рассказ пациентки о причинах, жизненных сложностях, толкающих её на прерывание беременности. Слушать нужно внимательно, не перебивая, при необходимости задавать уточняющие вопросы. К тому, что говорит пациентка, следует относиться с доверием и уважением. Даже если Вам, как лицу не вовлеченному, её доводы кажутся абсурдными, для неё это её реальные переживания, страхи, размышления. Вместе с пациенткой задаться вопросом, действительно ли то, что ей видится в будущем в связи с сохранением беременности, так неизбежно, тяжело, непереносимо. Может быть, она сможет справиться с этими сложностями. Целесообразно хотя бы коротко обсудить с пациенткой возможные альтернативы, привести известные из клинической практики или жизненного опыта примеры женщин, находившихся в подобной ситуации и нашедших возможность решить проблемы, не прибегая к аборту. В большинстве случаев срок беременности позволяет женщине потратить ещё несколько дней, она может хотя бы попробовать выйти из положения другим способом. А уж если не получится, то сделать аборт она ещё успеет. При необходимости можно ознакомить пациентку с термином «тоннельное сознание», сообщить ей о том, что она сейчас находится в специфическом психологическом состоянии, которое известно в науке, встречается в практике. Объяснить, что это состояние коварно и опасно тем, что «изнутри» него все видится гораздо более тяжелым, непреодолимым, неразрешимым, чем является на самом деле.

### ***Чего делать нельзя:***

Нельзя «заражаться» состоянием женщины и некритично воспринимать её доводы. Нельзя грубо её обрывать, произносить оценочные суждения по поводу её страхов и тем более её личности («Ну что Вы говорите! Это же просто чушь!», «Ерунда, это все глупости! Вам сколько лет?» и т.п.).

### ***Тревога***

Женщина, переживающая кризис прерывания беременности, испытывает много тревоги и страхов. Сюжет этих переживаний у каждой женщины свой, но общая черта все же есть: опасения женщины основаны на реальных сложностях, но, чаще всего, сильно преувеличены. Невольно вспоминается поговорка «У страха глаза велики». Это состояние коварно тем, что человек уже не может рассуждать здраво, трезво оценивать свои силы. Женщина находится в плену страхов, склонна субъективно оценивать сложности как более тяжелые и непреодолимые, чем они есть на самом деле, а себя, свои силы при этом недооценивает. Фактически речь идет о том, что женщина находится «не совсем в здравом уме», её способность точно тестировать реальность снижена и искажена. Сама женщина абсолютно уверена, что все так и есть, как ей сейчас видится. Она может быть очень убедительна в своих доводах, так что консультанту придется все время сверяться со своим чувством реальности, здравым смыслом, чтобы не быть «зараженным» паникой пациентки. Женщины, переменявшие своё решение, сохранившие беременность, придя в себя, описывают это состояние как «временное умопомешательство» и бывают очень благодарны тем, кто помог им не поддаться панике. Это состояние носит транзиторный (преходящий) характер, оно со временем проходит. Однако если бы женщину в этот момент обследовал врач-психиатр, она могла бы получить диагноз из кластера «Расстройства, связанные со стрессом». В таком состоянии противопоказано принимать серьезные, ответственные решения.

### ***Что с этим делать?***

Прежде всего можно констатировать для женщины, что она пребывает в состоянии

тревоги и растерянности. Следует предложить женщине не принимать окончательного решения в таком состоянии. Следует признать естественность и уместность её переживаний и тревог, реальность некоторых предстоящих проблем и трудностей, но при этом выразить надежду на то, что она, возможно, недооценивает свои силы и возможности. Полезно предложить женщине обратиться к своему прежнему жизненному опыту, задать ей вопрос о том, случалось ли ей раньше попадать в ситуации, которые поначалу казались ей тупиковыми, но потом ей удавалось найти разумный конструктивный выход. Полезно бывает разобрать каждый сюжет страха по отдельности и поискать в жизни женщины (в её опыте, особенностях личности, эмоциональной и инструментальной поддержке со стороны родственников и знакомых, объективных обстоятельствах) ресурсы для субъективного и объективного преодоления высказанных опасений. Женщине можно посоветовать немного отдохнуть, выспаться, позаниматься чем-то для неё приятным, а после этого ещё раз обдумать свои тревоги, обсудить с членами семьи или консультантом, насколько они действительно правдивы и серьёзны.

### ***Чего делать нельзя:***

Нельзя торопить женщину с принятием окончательного решения. В случае, если тревоги консультанта созвучны тревогам кризисной беременной, нельзя говорить «да, это действительно страшно» и «у меня то же самое». Авторитет, которым обладает консультант в глазах женщины, может сыграть злую шутку: подтверждение страха может усугубить и зафиксировать страх, с которым, возможно, женщина справилась бы без такой «помощи». Нельзя (в той или иной форме, из тех или иных побуждений) предлагать сюжеты для дополнительных страхов.

### ***Подавленность***

Кризисная беременность (неожиданная, начавшаяся при неблагоприятных, по мнению женщины, жизненных обстоятельствах) с эмоциональной точки зрения является тяжёлым испытанием. Решение о прерывании беременности дается женщине нелегко. Фон настроения в этот период является сниженным, преобладают эмоции депрессивного спектра: тоска, печаль, растерянность, тревожно-депрессивные симптомы, апатия, чувство усталости, упадок сил, утрата интереса к прежде любимым делам. Могут наблюдаться соматические компоненты депрессии: нарушения сна и аппетита, тягостные или болевые телесные ощущения. Обращаем внимание специалистов на то, что эти проявления могут быть связаны не с беременностью, а с сопровождающим её субдепрессивным состоянием. В тяжелых случаях может наблюдаться клинически выраженное реактивное депрессивное состояние. Даже если эти симптомы представлены несильно, на субклиническом уровне, они все равно мешают женщине адекватно оценить свои силы (как и в случае с тревогой), заставляют её преувеличивать проблемы и недооценивать свои возможности. Подавленность, как и тревога, является транзиторным расстройством, со временем состояние женщины нормализуется, и она может недоумевать по поводу того, что ей все виделось в столь мрачном свете. Эту подавленность (по сути депрессивную реакцию) можно сравнить с послеродовой депрессией, которая бывает даже у женщин, которые хотели рождения ребёнка.

Депрессивные реакции могут быть вызваны не только негативными событиями, но и позитивными значимыми переменами в жизни, так как подобные изменения, несомненно, являются стрессорами. В шкалу жизненных стрессов входят не только смерть близких, разводы, увольнения и т.д., но рождения детей, свадьбы, переход на новую (лучшую) работу. Депрессивное реагирование в этих случаях является своего рода «защитным торможением», которое дает человеку время адаптироваться к новым условиям. О возможности и динамике (тенденции к угасанию) таких реакций следует проинформировать женщину, переформулировать её подавленность, которую она воспринимает как «нежелание» беременности и рождения ребёнка, в естественную реакцию на значимое для неё событие.

### ***Что с этим делать?***

В случае, если женщина интерпретирует своё состояние (особенно соматические компоненты) как неблагоприятное течение беременности, ей следует разъяснить связь её само-

чувствия с чувством подавленности. Информировать женщину об особенностях восприятия и оценки информации в этом состоянии (переоценка тяжести событий, недооценка своих сил) и о транзиторном (временном) характере данного состояния. Информировать женщину о том, что подобные состояния вызываются стрессами любой модальности: тот факт, что ей сейчас плохо, не обязательно говорит, что она не хочет этого ребёнка. Это может говорить о том, что ситуация, в которую она попала, очень значима для нее. Искать ресурсные сферы источники удовольствия, эмоционального комфорта, «хорошего настроения», уверенности.

### ***Чего делать нельзя:***

Как и в случае с другими негативными переживаниями, искажающими оценку информации, консультанту нельзя «заражаться» этим эмоциональным состоянием и некритично воспринимать доводы женщины. С другой стороны, нельзя небрежно относиться к озвученным переживаниям и отзываться о них в легкомысленно-пренебрежительном тоне («Ерунда, на это даже не стоит тратить время»). Нельзя оказывать моральное давление, актуализировать страхи, чувство вины. Человек в состоянии подавленности практически беззащитен перед таким давлением.

### ***Эмоциональная нестабильность***

Настроение женщины может быть крайне нестабильным. Это является отчасти реакцией на стресс, а отчасти физиологическим состоянием, связанным с беременностью и обусловленным гормональными изменениями. Особенно это свойственно женщинам, которые и до беременности отличались импульсивностью, неустойчивостью аффекта. Эмоциональная нестабильность женщины усиливает её амбивалентность, колебания по поводу решения о прерывании беременности. Также таким женщинам свойственна особая эмоциональная уязвимость, из которой проистекает импульсивность поведения. Эмоционально нестабильная женщина может прийти за направлением на аборт, будучи подавленной каким-то событием или разговором с родственниками, воспринимая свои проблемы как неразрешимые («тоннельное сознание»). При этом уже через несколько часов после начала фазы подавленности (отчаяния) её настроение может резко измениться, появится альтернативный выход. Трагично, если за эти несколько часов женщина совершит аборт.

Выраженные колебания настроения являются противопоказанием для быстрой реализации решения о прерывании беременности, так как уже вечером после аборта эмоциональное состояние женщины может резко измениться. В таком случае женщина пожалует об аборте, будет в нём раскаиваться, чувствовать себя виноватой или испытывать агрессию в адрес врача, давшего направление и совершившего вмешательство по прерыванию беременности. В редких случаях есть риск формирования у женщины суицидоопасного состояния вплоть до совершения попытки самоубийства.

### ***Что с этим делать?***

Необходимо спросить женщину, свойственны ли её характеру колебания (резкие смены) настроения или не замечала ли она за собой таких особенностей в последнее время (во время беременности), бывало ли с ней так, что она чувствовала себя совершенно беспомощной или подавленной в связи с какими-либо незначительными событиями, на которые она вдруг в свое время обратила бы гораздо меньше внимания.

Также нужно наблюдать за состоянием женщины во время консультации. Это даст дополнительную диагностическую информацию. Сообщить женщине о выявленных Вами особенностях её эмоциональной сферы и поделиться мыслью о том, что, в связи с этими особенностями, целесообразным является принятие решения в спокойной обстановке (можно обеспечить с помощью психологического консультирования) в течение некоторого более или менее продолжительного времени. Можно поделиться опасением, что, при смене эмоционального состояния, отношение к беременности и аборту, на который она сейчас записывается, также изменится.

### ***Чего делать нельзя:***

Пожалуй, в данном случае нельзя делать только одну вещь: быстро, по первому тре-

бованию выписывать направление на аборт. Особенно если день визита для записи и день предполагаемого прерывания беременности недалеко отстоят друг от друга.

### **Отрицание (психологическая защита)**

Женщина в описываемом состоянии пытается защититься от неприятной для неё информации. В большинстве случаев женщины перед прерыванием беременности не хотят ничего слышать о возможных последствиях этой процедуры для их здоровья (и, косвенно, для здоровья их будущих детей), о том, как прерывание беременности может сказаться на психическом состоянии женщины и отношениях в её семье (в том числе, с рожденными детьми). Как правило, в ответ на попытки информирования о возможных осложнениях, пациентки приводят ряд стандартных возражений. Например, такие: «Не надо меня пугать, я и так нервничаю, мне и так тяжело», «Я все это знаю (читала, уже делала, сама медик и т.д.)», «Я уже решила, меня не удастся переубедить», «Я взрослый человек, сама отвечаю за свои поступки, сама в состоянии решить», «Да, все это страшно, но у меня нет другого выхода», «Не лезьте не в своё дело (мне в душу и т.п.)!».

Отрицание это примитивный инфантильный механизм психологической защиты, который проявляется у многих людей в ситуации чрезмерной эмоциональной нагрузки. Отрицание действует по принципу недоведения до сознания неприятной, тревожащей или шокирующей информации. Логика отрицания такова: «Если я не буду об этом знать и думать, со мной этого не случится».

Однако с точки зрения здравого смысла очевидно, что это совершенно не так. Отрицание выражено тем сильнее, чем более состояние женщины амбивалентно. Смысл отрицания в том, чтобы не пропустить в сознание лишней весомый аргумент против прерывания беременности при и без того неустойчивой решимости. Женщина «боится» передумать, так как это повлечет за собой необходимость в течение длительного времени целенаправленно решать проблемы, связанные с вынашиванием, рождением и воспитанием ребёнка. Отрицание же дает возможность «недооценить» негативное значение прерывания беременности.

### **Что с этим делать?**

Консультанту следует иметь в виду, что попытки женщины отказаться от информации о прерывании беременности основаны не на имеющихся незнании или твердой решимости (как она сама пытается это представить), а на защитном механизме. В связи с этим некоторая настойчивость, проявленная консультантом, будет не бестактностью, а попыткой не оставлять пациентку без помощи в тяжелой для неё ситуации. В случае выраженного отрицания консультант может начать свою речь примерно так: «Я понимаю, что Вы уже приняли решение. Я не могу и не имею право заставлять Вас его менять. И никто этого не может. Однако по действующему законодательству пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. Поэтому я обязан рассказать Вам о последствиях. Кроме того, часто бывает так, что женщины думают, что они знают достаточно, однако при наступлении осложнений выясняется, что это было не так, они потом жалеют о прерывании беременности и даже испытывают гнев по отношению к тем, кто их не предупредил, хотя должен был. «Я Вас не разубеждаю и не пугаю, я лишь исполняю свои служебные обязанности даю Вам возможность принять решение не вслепую, а на основании достоверной информации, взвешенно и разумно».

Для сравнения можно привести пример пациенток с нервной анорексией (или, в качестве экстремальной ситуации - суицидентов). Это люди, находящиеся во власти неблагоприятного психического состояния, которые утверждают, что они имеют право распоряжаться своим телом, здоровьем, жизнью. Они отказываются осмыслить информацию о том, что они наносят вред своему здоровью, требуют, чтобы их оставили в покое и не мешали. Но ведь в этой ситуации врачам и родственникам не приходит в голову «не мешать». Конечно, консультируя женщину с выраженным отрицанием, нужно стараться вести себя гибко и осторожно, чтобы не спровоцировать усиление защитного механизма.

### **Чего делать нельзя:**

Категорически нельзя при сильно выраженном отрицании предъявлять эмоциональ-

но шокирующую информацию. Усиление психологической защиты (и, как следствие, невозможность эмоционального контакта с консультантом, доверия к нему и его словам) будет обеспечено. Нельзя конфронтировать с отрицанием женщины, что называется, «в лоб». Например, «Вы не хотите об этом думать, потому что боитесь. Но думать об этом и знать надо. А незнание не защитит Вас, и будет у Вас то-то и то-то». Отрицание - достаточно сложное в работе психолога явление. Оно может само ослабевать при установлении доверительных отношений, при ощущении женщиной, что она находится в психологической безопасности. Попытки «пробить» отрицание приводят к обратному эффекту.

### ***Защитная агрессивность***

Есть женщины, которые на попытки приступить к консультации реагируют агрессией. Агрессия может быть прямой крик, упреки, брань и оскорбления, а может быть косвенной - неуместная ирония, перевод разговора на посторонние темы, молчание в ответ на вопросы и прочие проявления саботажа. Такого рода агрессия пациенток напрямую связана с сильным отрицанием и, соответственно, амбивалентностью. Естественной реакцией человека, столкнувшегося в такой ситуации с агрессией, является отступление. Однако, зная, чем вызвана агрессия в данном случае, необходимо попытаться все же работать с такой женщиной. В идеале нужно стремиться пройти программу консультации от начала до конца (диагностика состояния женщины и её сложностей, информирование о процедуре и последствиях, поиск альтернативных выходов), но ориентироваться следует на то, насколько женщина разрешит продвинуться. Неплохим результатом работы в этом случае будет просто информирование женщины о серьёзности вмешательства по прерыванию беременности с целью профилактики последующих прерываний.

### ***Что с этим делать?***

Прежде всего, нужно попробовать снизить агрессию. Прямая конфронтация («Как Вы себя ведете? Вы сейчас разговариваете со специалистом, который выполняет свои прямые должностные обязанности!» и т.п.) здесь мало уместна, но в случае необходимости может быть допущена. Лучше начать со следующей фразы: «Я понимаю, что Вам очень неприятны разговоры на эту тему. Это тяжелое решение, и, похоже, Вы нервничаете. Здесь все понятно, я не обижаюсь. Но все же в мои обязанности входит проговорить с Вами некоторые моменты относительно намерения прервать беременность, проинформировать Вас о последствиях». Далее можно по необходимости произнести текст, приведенный для работы с отрицанием. В работе с агрессивной женщиной консультант должен быть предельно мягок, терпелив и осторожен. Для консультанта может быть полезным обратить внимание на свои собственные чувства. Они могут дать диагностическую информацию о характере конфликтов пациентки (и, следовательно, это можно использовать как подсказку для выбора тематики дальнейшего разговора). Если при взаимодействии с женщиной консультант чувствует раздражение и желание «поставить её на место», то для женщины, скорее всего, актуально давление со стороны кого-то из её окружения с целью склонения к тому или иному решению, борьба за отстаивание ею права принять своё собственное решение. Если же консультант чувствует безнадежность, бессилие, субъективную невозможность общаться с данной пациенткой, то весьма вероятно, что у женщины есть серьезные личные эмоциональные проблемы, связанные с данной беременностью, отношением к деторождению, имеющимся опытом материнства и т.п.

Необходимо относиться с критикой к привычным социальным стереотипам, например, к таким как: рождение ребенка до брака, рождение ребенка после 40 лет, рождение третьего и последующих детей. Несомненно, лучше рожать детей в браке и в тот период времени, когда организм молод и здоров, но подобные рассуждения могут быть уместны при подготовке к беременности или на этапе планирования отношений с мужчиной. В случае, если беременность уже наступила, необходимо не игнорировать, а принять эту реальность такой, как она есть, и начать искать вместе с женщиной позитивные стратегии, поддерживающие, помогающие, жизнеутверждающие, исключают разрушительное воздействие на женщину и ее внутриутробного ребенка.

### **Чего делать нельзя:**

1. Отвечать агрессией. Это исключит возможность конструктивного диалога и сведет консультацию к ссоре/скандалу.
2. Относиться к такому поведению как к следствию твердого решения об аборте.
3. Поддаваться привычным социальным стереотипам восприятия ситуации женщины.

### **Одиночество**

На что бы не ссылалась женщина, аргументируя решение о прерывании беременности, как бы ни складывались обстоятельства её жизни, сколько бы людей из её окружения ни поддерживали (или разубеждали) её в этом решении, решение все равно принимает только она сама, она несет за него ответственность, и именно ей, только ей одной предстоит перенести медицинское вмешательство со всеми вытекающими последствиями. Женщина очень одинока в этот период своей жизни. Она остро нуждается в поддержке и участии, во внимательном слушателе, который помог бы ей разобраться в чувствах, даже если она реагирует на помощь агрессивно.

### **Что с этим делать?**

Консультант может попробовать озвучить, выразить словами ощущение одиночества. Это часто помогает в налаживании контакта, а также обостряет у женщины понимание масштаба взятой на себя ответственности, способствует осознанию женщиной себя уже не только жертвой обстоятельств, но и человеком, способным по-разному вести себя в этих обстоятельствах. Важно и то, что женщины, осознающие своё одиночество, беспомощность перед лицом данной проблемы, лучше откликаются на предложенную помощь, вовлекаются в поиск альтернативных путей выхода из кризиса, принимают поддержку.

### **Чего делать нельзя:**

1. Неконструктивной представляется апелляция к «праву женщины самостоятельно распоряжаться своим телом». Дело как раз в том, что она может только самостоятельно им распорядиться. По большому счету ведь никто не разделит с ней ни физические последствия, ни моральную сторону того или иного решения. И «декларации», похожие на «это взрослый самостоятельный человек, который свободно принял данное решение» напоминают скорее оставление человека без помощи, чем уважение к правам личности.

## Перечень методических рекомендаций и иных материалов

1. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование – М.: Класс, 2005.
2. Атватер И. Я вас слушаю – М.: Экономика, 1988.
3. Айламазян А.М. Методы беседы в психологии – М.: Смысл, 1999.
4. Безрукова С.А. Психологическое консультирование по вопросам прерывания беременности. Методические рекомендации. Пенза Кот ОМ. 2017.
5. Безрукова С.А., психолог фонда «Покров». Психологическая работа с беременными. Доабортное консультирование. Методическое пособие для специалистов НКО, заинтересованных в работе с беременными женщинами в ситуации репродуктивного выбора. Пенза, 2016г.
6. Вар П. Личностные адаптации (Двери в терапию) TransactionalAnalysisJournal, 1983, №1,р.11-19.
7. Есипова Н.Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов – Москва, 2008.
8. Кочунас Р. Основы психологического консультирования – М: Академпроект,1999.
9. Куценко О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов. Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. Санкт-Петербург, 2011.
10. Лаундес Л. Как говорить с кем угодно и о чем угодно – М.:2002.
11. Маркова Н. Мамочка, пожалуйста...- СПб.: Весь,2013.
12. Министерство здравоохранения Российской Федерации Методическое письмо «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» от 17.06.2017 №15-4/10/2-4792.
13. Пайнс Д. Бессознательное использование своего тела женщиной – Восточно-Европейский Институт Психоанализа,1997.
14. Психологическое консультирование и психотерапия/ООО//«Вопросы психологии». – 2004. – №1.
15. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека – М.: Прогресс,1994.
16. Роджерс К. Консультирование и психотерапия – М.: ЭКСМО-Пресс,2000.
17. Сатир В. Психотерапия семьи –СПб.:Ювента,1999.
18. Смирнова Е. Что нужно женщине, которая «уже все решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности, 2013.
19. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ – СПб,1996.
20. Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование – М.: Издательский дом «Вильямс», 2006.
21. Уиллке Дж. и Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы –Азбука здоровья, 2016.
22. Флоренская Т.А. Мир дома твоего. Человек в решении жизненных проблем. – М.: Русский Хронографъ, 2009.
23. Шабалина Е.Ю. Практическое пособие по доабортному консультированию Тюмень, 2016.
24. Эльбрух Д.Мариам...Почему ты плачешь? или Риск прерывания беременности и травма после этого - //life.orthomed.ru//



Адрес: **656010, г. Барнаул, ул. Смирнова 79Г**



E-mail: **womenkrizis@yandex.ru**



Телефон для записи: **8 (3852) 34-22-55**



Кризисная линия для женщин: **8 800 201-47-17**



Сайт: **www.womenkrizis.ru**



Телеграм: **@altay\_women\_center**



ВКонтакте: **https://vk.com/womenkrizis**

