



# ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦИИ

## ПРИКАЗ

от 04.05.2016 № 427

г. ПСКОВ

Об оказании медико-социальной поддержки беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в Псковской области

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в целях совершенствования медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, во исполнении решения коллегии Государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации (далее - ГКПО по ЗиФ) от 01.04.2016 г.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение о кабинете медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (приложение №1).

1.2. Методические рекомендации по координации оказания социальной, медицинской и психологической помощи беременным женщинам,

оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в Псковской области (приложение № 2).

1.3. Форму «Отчет о деятельности кабинета медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» (приложение № 3).

2. Объявить для использования методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2010 г. № 15-0/10/2-9162 «Психологическое доабортное консультирование» (приложение № 4).

3. Объявить для использования методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 января 2009 г. № 06/370/855 «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации» (Приложение № 5).

4. Главному врачу ГБУЗ ПО «Псковский перинатальный центр» Сукманюку С.Ю., главному врачу ГБУЗ ПО «Великолукская межрайонная больница» Залепе И.В., главному врачу ГБУЗ ПО «Псковская городская поликлиника» Неваленной Г.И., главному врачу ГБУЗ ПО «Бежаницкая межрайонная больница» Адамову А.М., главному врачу ГБУЗ ПО «Островская межрайонная больница» Богачевой И.М., главному врачу ГБУЗ ПО «Порховская межрайонная больница» Алексееву С.В.:

4.1. Организовать работу кабинетов медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации согласно приложениям № 1 и № 2, утвердить штатное расписание и обеспечить укомплектование специалистами психологами, социальными работниками и юристами.

Срок: до 01.09.2016 г.

4.2. Использовать в работе по профилактике абортс методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование» согласно приложения № 4 и методические рекомендации «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации» согласно приложения № 5.

4.3. Представлять ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» отчет по форме в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

4.4. Организовать при отсутствии в учреждении специалистов, осуществляющих психологическое доабортное консультирование, привлечение на договорных основаниях указанных специалистов из других организаций или консультирование медицинскими работниками с высшим или средним медицинским образованием, прошедшим специальное обучение.

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения области, не перечисленным в п.4, но имеющим в составе структурное подразделение «женская консультации/кабинет акушер-гинеколога», организовать психологическое доабортное консультирование женщин, обратившихся для прерывания беременности медицинским работником с высшим или средним медицинским образованием, прошедшим специальное обучение.

Срок: до 01.09.2016г.;

6. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения области, имеющим прикрепленное женское население:

6.1. Разработать план работы по профилактике аборт на 2016 год и представить в отдел организации лечебно-профилактической помощи ГКПО по ЗиФ.

Срок: до 01.06.2016г.;

6.2. Ежегодно разрабатывать и направлять план работы по профилактике абортов в отдел организации лечебно-профилактической помощи ГКПО по ЗиФ в срок до 01 декабря.

7. Директору ГБПОУ ПО «Великолукский медицинский колледж» Шулаеву А.А. и ГБПОУ ПО «Псковский медицинский колледж» Кошмак Т.Г. организовать обучение медицинских работников со средним медицинским образованием по теме «Психологическое доабортное консультирование» с выдачей соответствующих удостоверения.

8. Главному врачу ГБУЗ ПО «Псковская городская поликлиника» Неваленной Г.И. и главному врачу ГБУЗ ПО «Псковский перинатальный центр» Сукманюку С.Ю. представить предложения по организации на функциональной основе областного центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Срок: до 01.12.2016г.

9. Директору ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Захарову А.В. обеспечить:

9.1. Сбор и обобщение информации по работе кабинетов медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приложением 3 к настоящему приказу.

9.2. Предоставление информации в отдел организации лечебно-профилактической помощи ГКПО по ЗиФ в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

9.3. Опубликовать настоящий приказ на сайте ГКПО по ЗиФ и сетевом портале «Нормативно-правовые акты Псковской области».

10. Главному врачу ГБУЗ ПО "Псковский областной центр медицинской профилактики" - главному внештатному специалисту по медицинской профилактике ГКПО по Зиф М.А. Отрадной:

10.1. Обеспечить информационную поддержку работы кабинетов медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

10.2. Обеспечить методическую помощь при организации обучения медицинских работников со средним медицинским образованием по теме «Психологическое доабортное консультирование».

11. Начальнику отдела организации лечебно-профилактической помощи ГКПО по Зиф Котиной О.В.:

11.1. Обеспечить контроль организации работы кабинетов медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной на территории области.

11.2. Разработать план работы ГКПО по Зиф по профилактике аборт на 2016 год в срок до 01.06.2016.

11.3. Ежегодно до 30.12 предшествующего планируемому периоду разрабатывать план работы ГКПО по Зиф по профилактике аборт.

11.4. Обеспечить текущий контроль исполнения плана работы по профилактике аборт в медицинских организациях.

12. Заместителю председателя ГКПО по Зиф Рагозиной Н.П. обеспечить контроль исполнения плана работы по профилактике аборт в медицинских организациях при проведении ведомственного контроля.

13. Рекомендовать:

начальнику Главного государственного управления социальной защиты населения Псковской области Мнацаканяну А.Л.,

начальнику Государственного управления образования Псковской области Седунову А.В.,

председателю Государственного комитета Псковской области по труду и занятости населения Аржанникову С.К.:

13.1. Организовать оказание содействия медицинским организациям при оказании консультативной и психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

13.2. Организовать разработку планов работы по профилактике аборт в подведомственных учреждениях.

14. Рекомендовать Главам муниципальных районов (городских округов):

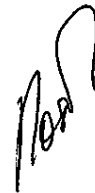
14.1. Оказывать содействие медицинским организациям при оказании консультативной и психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

14.2. Обеспечить межотраслевое взаимодействие в рамках деятельности демографических советов муниципальных районов и городских округов по вопросам организации и проведения мероприятий, направленных на профилактику аборт, своевременную постановку беременных женщин на учет.

15. Рекомендовать начальнику Государственного управления по связи и массовым коммуникациям Псковской области Машкаину А.Ю. оказывать содействие медицинским организациям при организации информационной компании по профилактике аборт, своевременной постановке беременных женщин на учет.

16. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя председателя Комитета Сачкова Д.Ю.

Председатель



И.И.Потапов

Исп.О.В.Котина  
29-99-59

Положение о кабинете медико-социальной помощи беременным  
женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

1. Кабинет медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (далее - Кабинет) создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

2. Кабинет является структурным подразделением женской консультации.

3. Руководство деятельностью Кабинета осуществляется руководителем женской консультации.

4. Деятельность Кабинета осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.

5. Кабинет функционирует на основе взаимосвязи со структурными подразделениями (кабинетами) женской консультации, учреждениями социальной защиты населения, образования, медицинскими и общественными организациями (объединениями), а также представителями традиционных конфессий.

6. Основными функциями Кабинета являются:

- медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;

- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

- осуществление мероприятий по предупреждению аборт, в т.ч. психологическое доабортное консультирование, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания

необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;

- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

7. Кабинет ведет учетную и отчетную документацию представляет отчет в установленном порядке.

8. Структура и штаты Кабинета устанавливаются в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В штат кабинета могут входить социальный работник, психолог/медицинский психолог, юрисконсульт.

Приложение №2  
к приказу Государственного комитета  
Псковской области  
по здравоохранению и фармации  
от 04.05.2016 № 427

Методические рекомендации по координации оказания социальной, медицинской и психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в Псковской области.

1. Настоящие Методические рекомендации устанавливают механизмы координации при оказании социальной, медицинской и психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в Псковской области.
2. Настоящие Методические рекомендации разработаны в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июня 2007 года N 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н "об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
3. Организация оказания медицинской и психологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется кабинетами и центрами медико-социальной помощи государственных медицинских организаций.
4. Организацией оказания социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, осуществляется территориальными управлениями (отделами) Главного управления социальной защиты населения Псковской области.
5. При необходимости в оказании помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, могут привлекаться территориальные органы управления образования, центры занятости населения, представительства федеральных органов власти, органы местного самоуправления.
6. К группе медико-социального риска относятся беременные женщины:
  - а) обратившиеся для искусственного прерывания беременности;
  - б) имеющие эмоциональные нарушения, невротические расстройства, трудности в супружеских отношениях или трудности, связанные с девиантным поведением ребенка, его школьными проблемами;
  - в) страдающие алкоголизмом и (или) наркоманией;
  - г) пострадавшие от торговли людьми или условий, сходных с рабскими;
  - д) имеющие детей-инвалидов, детей с ограниченными физическими и умственными возможностями, воспитываемых дома;



- е) потерявшие родных и близких (вдовы);
- ж) одинокие матери с несовершеннолетними детьми;
- з) несовершеннолетние матери;
- и) находящиеся в состоянии развода, предразводной или послеразводной ситуации;
- к) самостоятельно проживающие выпускницы детских домов, учреждений социального обслуживания для несовершеннолетних и школ-интернатов;
- л) освободившиеся из мест лишения свободы;
- м) находящиеся в ситуации, связанной с вынужденным переездом с места постоянного проживания, в том числе беженкам и вынужденным переселенкам;
- н) получившие психотравмирующий опыт (в том числе подвергшиеся сексуальным домогательствам на рабочем месте).

7. Беременная женщина, находящаяся в трудной жизненной ситуации, направляется врачом-акушером-гинекологом, акушеркой в кабинет медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Беременная женщина, находящаяся в трудной жизненной ситуации, может самостоятельно обратиться в кабинет медико-социальной помощи, в том числе и анонимно.

8. Медицинская и психологическая помощь беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, указанным в пункте 6 настоящего Порядка, оказывается при условии добровольного согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9. В кабинетах медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, предоставляются консультации по вопросам социально-бытового и социально-медицинского обеспечения, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты.

10. Кабинеты и центры медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, с целью реализации основных функций в своей работе взаимодействуют с учреждениями социального обслуживания, образования Псковской области, общественными и благотворительными организациями (объединениями), представителями органов муниципальных, областных и федеральных органов власти, а также представителями традиционных конфессий на основе заключаемых соглашений с администрациями соответствующих медицинских организаций.

В соглашениях предусматриваются задачи и формы взаимодействия, условия и порядок организации взаимодействия. Копии соглашений представляются в Государственный комитет Псковской области по здравоохранению и фармации..

11. При оказании медико-социальной помощи беременные женщины, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, имеют право на:

- а) информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания консультативной, психологической и социальной помощи;

б) уважительное и гуманное отношение со стороны работников медицинской организации;

в) конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику медицинской организации;

г) защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке.

12. Комплекс медицинских и социальных услуг беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, включает:

а) обеспечение своевременного и регулярного антенатального наблюдения с проведением консультирования для сохранения и нормального развития беременности; привлечение всех необходимых специалистов, в том числе лечение зависимости к алкоголю, табаку, психоактивным веществам; предоставление по медицинским показаниям питания, витаминов, медико-социального патронажа;

б) обеспечение своевременного поступления в акушерский стационар; оказание медико-социальной помощи в послеродовом период; передача информации в учреждения социального обслуживания о выписке пациентки с ребенком из акушерского стационара;

в) консультирование о послеродовой контрацепции, обеспечение в женских консультациях средствами эффективной контрацепции женщин из группы социального риска;

г) консультирование о предоставлении пособий малоимущим, одиноким родителям, многодетным семьям;

д) обеспечение психологической, организационной поддержки со стороны близких людей женщины, групп самоподдержки, общественных организаций.

13. Консультативная помощь включает в себя оказание следующих видов услуг:

а) предоставление разъяснительной информации;

б) социально-психологическое консультирование по вопросам:

психологических особенностей во время беременности и в послеродовом периоде;

предоставления информации об учреждениях, оказывающих экстренную психологическую помощь;

в) социально-медицинские услуги, направленные на поддержание и улучшение здоровья семьи:

предоставление семьям информации о физических особенностях развития детей в разных возрастных периодах;

предоставление информации по вопросам планирования семьи;

применения современных безопасных средств контрацепции, гигиены питания и жилого помещения, избавления от вредных привычек;

г) социально-психологическое профилактическое консультирование:

в части предоставления информации по формированию семейных отношений;

предупреждения семейных конфликтов, социальной адаптации к социально-экономическим условиям жизни и быта.

14. Консультативная медико-социальная помощь беременным женщинам в женских консультациях, ФАПх:

Факторы риска	Медико-социальная помощь
Беременная женщина или женщина после родов моложе 19 лет	<p>Постановка на учет в государственных медицинских организациях и учреждениях социального обслуживания области. Направление для антенатального или послеродового наблюдения к специалисту, имеющему опыт работы с подростками. Медицинские работники проводят обследование по поводу беременности в соответствии со стандартами и осуществляют диспансерное наблюдение, обращаются в комиссию по делам несовершеннолетних для юридической и психологической защиты женщины, проводят обучение основам ухода за ребенком, питанию, гигиене. Социальные работники согласовывают с системой образования продолжение обучения (свободного посещения, обучение на дому, академического отпуска)</p>
Семейное положение	<p>Постановка на учет в государственных медицинских организациях и учреждениях социального обслуживания области. Направление для антенатального или послеродового наблюдения к специалисту, имеющему опыт работы с подростками. Медицинские работники проводят обследование по поводу беременности в соответствии со стандартами и осуществляют диспансерное наблюдение, обращаются в комиссию по делам несовершеннолетних для юридической и психологической защиты женщины, проводят обучение основам ухода за ребенком, питанию, гигиене. Социальные работники согласовывают с системой образования продолжение обучения (свободного посещения, обучение на дому, академического отпуска)</p>
Образование ниже среднего	<p>Уточняется понимание женщиной с низким уровнем образования медицинских рекомендаций. Социальные работники согласовывают с системой образования продолжение обучения, профессиональную подготовку</p>

и переподготовку.

Нет постоянной работы	Уточняются причины отсутствия постоянной работы или возможные профессиональные риски для здоровья. Социальные работники определяют необходимость профессиональной подготовки и переподготовки. Помощь в организации дневного пребывания ребенка в детском дошкольном учреждении или в учреждении социального обслуживания области
Доход на одного члена семьи менее прожиточного минимума	Социальным работником оказывается помощь в оформлении пособия малообеспеченным. Медицинский работник оценивает пищевой рацион, росто-весовые показатели женщины, наличие дистрофии или ожирения, анемии. Дает рекомендации по питанию. Обеспечивает возможность получения женщиной во время беременности и после родов и ее ребенком питания за счет государственных средств. Назначает и обеспечивает получение женщиной витаминов и микроэлементов
Отсутствие поддержки близких	Социальным работником привлекаются родственники, знакомые и друзья женщины, добровольные спонсоры, группы общественной поддержки
Серьезный материальный ущерб	В зависимости от ситуации социальным работником устанавливается возможность компенсации ущерба, юридическое сопровождение
Отсутствие постоянного места жительства, снимает квартиру или комнату, что приводит к низкому прожиточному уровню, коммунальная квартира. Плохие гигиенические условия проживания (сырая, холодная квартира и	Если отсутствует постоянное место жительства, социальным работником уточняется, была ли женщиной приватизирована квартира в прошлом, являлась ли она членом семьи. Рассматривается необходимость временного пребывания в кризисном центре (учреждении социальной защиты), возможности улучшения жилищных условий. Условия проживания оцениваются социальным работником и врачом-педиатром при патронаже. При необходимости привлекается сотрудник Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и

др.)

благополучия человека по Псковской области

Отсутствие паспорта  
и/или полиса ОМС

Если отсутствует полис ОМС у граждан РФ - медицинским или социальным работником объясняется процедура его получения. Если отсутствует полис ОМС у женщины без гражданства граждан РФ - медицинский или социальный работник ходатайствует в страховую медицинскую организацию о предоставлении женщине полиса ОМС.

Если нет паспорта у женщины, рожденной в РФ, социальный работник способствует обращению в органы МВД о выдаче документа

Недавнее  
вынужденное  
переселение. При  
отсутствии  
гражданства -  
отсутствие вида на  
жительство.

Полное медицинское обследование в соответствии с требованиями миграционной службы и действующим законодательством. Представление информации о правах и возможностях мигрантов в получение медицинской и социальной помощи, возможности обучения русскому языку.

Затруднения с  
пониманием русского  
языка

Обсуждение возможности привлечения переводчика и предоставление доступных материалов на языке женщины

Несвоевременное  
(после 12 недель)/  
нерегулярное  
обращение или  
отсутствие  
наблюдения

При наличии проблем для антенатального наблюдения медицинским и социальным работником обсуждаются с женщиной пути их решения: определение медицинского учреждения, наиболее удобного для посещения, времени посещения, доверенного врача, обеспечение транспортом (например, социальный работник обращается в администрацию сельского поселения для обеспечения транспортом) или компенсация транспортных расходов, патронаж, помощь в организации ухода за детьми при обращении женщины к врачу. Проводится необходимое обследование по поводу беременности, женщине выдается план согласованного медицинского наблюдения. Акушеркой проводится контроль посещений врача женщиной, если женщина пропускает прием, акушерка и социальный работник осуществляют

патронаж

Нежеланная беременность	Консультирование акушером-гинекологом для сохранения беременности. Организация доабортного психологического консультирования. При наличии других факторов риска - соответствующая помощь
Трое и более детей (или двое детей и новая беременность)	Оказывается консультативная помощь в оформлении пособия многодетным семьям
Проживание ребенка отдельно от матери, или женщина не знает или не определилась	Врачом-педиатром и социальным работником оцениваются помещение и условия, в которых находится или будет находиться ребенок. Уточняются проблемы, по которым ребенок будет жить отдельно от матери, и возможности их преодоления. Экстренная консультация социального работника и психолога. Проводится комплекс мероприятий по предотвращению социального сиротства
Проживание ребенка/детей от предыдущих беременностей отдельно от матери	Уточняются проблемы, по которым ребенок живет отдельно от матери, и возможности их преодоления. Консультация социального работника и психолога. Оценивается возможность возвращения ребенка/детей в семью
Курение	Консультирование для отказа от курения. Уточнение жалоб, заболеваний, связанных с курением. Заполняется информация о курении в амбулаторной карты и рекомендации по отказу: назначить дату отказа от табака, заручиться поддержкой близких, действия при появлении синдрома отмены (первые 3 недели), избегание провоцирующих факторов, включая алкоголь. При курении 10 и более сигарет в день - рассматривается необходимость медикаментозного лечения табачной зависимости
Употребление алкоголя во время беременности или	Оценка адекватности поведения и понимания, необходимость в специализированной диагностике и консультации. Беременной женщине сообщается, что употребление алкоголя не дает данных о количестве алкоголя, безопасного для плода. Наилучшим для плода и ребенка является то, что

неделю и чаще

женщина отказывается от употребления алкоголя во время беременности и кормления грудью. Есть современные медицинские методы, которые могут быть бесплатно предложены женщине для отказа от употребления алкоголя, если она сама не может это сделать. Даются письменные рекомендации для отказа от употребления алкоголя. При выявлении факторов риска рекомендуется ведение всей беременности и послеродового периода одним врачом при поддержке социального работника, которые имеют подготовку к помощи пациенткам, употребляющим ПАВ. Акушерка с особым вниманием должна контролировать регулярность посещения врачей, например, посредством контакта между специалистами; использовать единый документ - историю болезни; составлять согласованный эффективный и выполнимый план медицинской и социальной помощи различными специалистами. Разработать систему напоминаний женщине о приеме с помощью текстовых или телефонных сообщений. Организовать медико-социальный патронаж

Употребление любых психоактивных веществ (ПАВ)

Оценка адекватности поведения и понимания, необходимость в специализированной диагностике и консультации. Беременной женщине сообщается, что употребление любых наркотиков угрожает жизни и здоровью женщины, плода и ребенка. Наилучшим для плода и ребенка является то, что женщина отказывается от употребления наркотиков во время беременности и кормления грудью. Есть современные медицинские методы, которые могут быть бесплатно предложены женщине для отказа от употребления наркотиков. При выявлении факторов риска рекомендуется ведение всей беременности и послеродового периода одним врачом при поддержке социального работника, которые имеют подготовку к помощи пациенткам, употребляющим ПАВ. Акушерка с особым вниманием должна контролировать регулярность посещения врачей, например, посредством контакта между специалистами по электронной почте или по телефону; использовать единый документ - историю болезни; составлять согласованный эффективный и выполнимый план

медицинской и социальной помощи различными специалистами. Разработать систему напоминаний женщине о приеме с помощью текстовых или телефонных сообщений. Организовать медико-социальный патронаж. Рекомендуются обследование на сопутствующие употреблению ПАВ заболевания - ВИЧ, вирусные гепатиты и др. Дается контактная информация неправительственных организаций, оказывающих поддержку, для избавления от зависимости

Любое из перечисленных заболеваний: ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит В и/или С, психические заболевания, туберкулез, другие значимые заболевания или травмы, повлекшие нарушение трудоспособности и самообслуживания; любое из заболеваний, приведшее к инвалидности

В учреждении здравоохранения - обязательный скрининг всех беременных на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, ИППП (информированное согласие, до- и послетестовое консультирование). При ВИЧ-инфекции и гепатитах - обследование у инфекциониста для уточнения стадии заболевания и/или эффективности лечения, исключение зависимости к ПАВ, других сопутствующих заболеваний, организации и проведению профилактики передачи ВИЧ, вирусов гепатита В и С во время беременности, в родах и после родов. Оценка факторов риска туберкулеза в семье (больной туберкулезом родственник, пребывание в заключении, наличие ВИЧ-инфекции и др.), при наличии консультирование у фтизиатра. Обсуждение со специалистами терапии заболеваний во время беременности и послеродовом периоде, регулярности посещений, контроль посещений и получения лекарственных препаратов. Организация поддержки со стороны близких

После пребывания в местах лишения свободы

Обследование на распространенные заболевания в учреждениях системы исполнения наказаний (зависимость к ПАВ, туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты). Предложить доступные программы по

Пребывания в местах лишения свободы партнера

социальной адаптации, помощь в получении медицинской и социальной помощи, образовании и трудоустройстве

Наличие наркотической и алкогольной

Рекомендации по обследованию партнера и самой женщины на заболевания, сопровождающиеся употреблением ПАВ (ВИЧ-инфекции, вирусных



зависимости у гепатитов, ИППП и др.). Рекомендации по  
партнера использованию презерватива при половых контактах.  
Информирование о негативных последствиях ПАВ,  
возможностях лечения зависимости, привлечение  
нарколога, составление плана действий

Любое из

перечисленных видов

насилия: угрожал

ударить, толкал или

швырял, пинал ногой,

бил кулаком или чем-

то еще, угрожал

ножом или другим

оружием, оскорблял,

унижал, принуждал к

половому акту против

воли, не оказывали

финансовую поддержку

семье,

отбирал деньги и

другие ценности,

выгонял из дома,

запрещал общаться с

близкими

Консультирование о негативных последствиях  
семейного насилия для здоровья женщины и ребенка и  
возможной медико-социальной помощи. Помощь в  
обращении в органы внутренних дел, предоставление  
в кризисном центре, представление  
информации о том, куда обратиться в экстренных  
случаях

15. Профилактика отказов от детей при рождении в акушерских стационарах проводится сотрудниками медицинских организаций и специалистами кабинетов медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в части:

а) семейных и личностных факторов, предрасполагающих к отказу от ребенка:

эмоциональных и психических расстройств матери;

психологической и социальной незрелости матери;

неразвитой материнской мотивации;

многодетности матери;

мать - сама бывшая воспитанница детского дома;

возраста матери 15 - 18 лет;

проблемного употребления алкоголя и/или наркотиков матерью или лицами из ближайшего семейного окружения;

социально обусловленных заболеваний матери (ВИЧ, туберкулез и др.);

внезапной утраты здоровья у матери или у ее близких родственников;

отсутствия поддержки со стороны родительской семьи, близких родственников, отца ребенка;

нарушений отношений матери с родителями;

нарушений отношений с партнером и кровными детьми;

острого семейного конфликта;

смерти близких родственников;

вынашивания внебрачной/нежелательной беременности (особенно если беременность наступила в результате изнасилования);

б) факторов, оказывающих влияние на принятие решения о сохранении ребенка в семье:

экономической поддержки со стороны государства (пособия, льготы, материальная помощь, доступность разнообразных детских учреждений с гибким графиком работы);

кризисных центров для матерей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

кабинетов психологической и юридической помощи в женских консультациях, родильных домах, учреждениях социальной защиты, с предоставлением женщинам моральной, юридической, а также временной жилищной и материальной поддержки;

в) факторов, указывающих на высокую вероятность отказа от ребенка:

в женской консультации:

декларации самой женщиной возможности отказа после родов;

пациентка не состоит на учете в консультации, однако обращались с целью прервать беременность на позднем сроке;

отказа от ребенка в прошлом;

подавленного состояния во время приема, отсутствие интереса к состоянию плода, к беременности;

наличия патологии в развитии плода;

проблемного употребления алкоголя или наркотиков;

наступления беременности в результате насилия;

в родильном доме:

прямого намерения отказаться от ребенка;

выражения пациенткой сомнения в том, будет ли она забирать ребенка из родильного дома;

пациентка поступает без паспорта или путается в информации о себе;

отказывается отвечать на вопросы себе;

пациентка поступает без медицинских документов и предварительного обследования;

пациентка поступает в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

пациентка неохотно, очевидно лживо сообщает о месте постоянного жительства;

пациентка отказывается видиться с новорожденным и его кормить;

пациентка стремится покинуть отделение;

пациентку не навещают родные, близкие;

депрессивное состояние;  
отказа от ребенка в прошлом;  
рождения у пациентки больного ребенка.

16. В случае установления факторов, определенных пунктом 15 настоящего Порядка, в медицинской организации проводятся следующие мероприятия:

- а) до сведения руководителя медицинской организации доводится информация о ситуации отказа;
- б) руководитель медицинской организации обеспечивает привлечение необходимых специалистов для оказания помощи женщине и обеспечения безопасности ребенка;
- в) устанавливаются доверительные отношения с пациенткой для выяснения возможных причин отказа;
- г) получается согласие пациентки на работу с ней специалистов службы профилактики.

При согласии пациентки на сотрудничество передается информация в организацию, уполномоченную работать с клиентами данной целевой группы, вызов "мобильной группы" этой организации;

- д) принимаются меры по пробуждению у женщины чувства привязанности к ребенку.

Приложение №3  
к приказу Государственного комитета  
Псковской области  
по здравоохранению и фармации  
от 04.05.2016 № 427

Отчет о деятельности кабинета медико-социальной помощи беременным  
женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
За период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г. (нарастающим итогом)

Показатель	Количество (абсолютное число)	
Число ставок психологов, Число физических лиц		
Число ставок социальных работников, Число физических лиц		
Число ставок юристов, Число физических лиц		
Проконсультировано беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации		
- в том числе девочек-подростков		
Выявлено и поставлено на учет беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации		
- в том числе девочек-подростков		
Проконсультировано психологом		
- в том числе девочек-подростков		
Проконсультировано социальным работником		
- в том числе девочек-подростков		
Проконсультировано юристом		
- в том числе девочек-подростков		
Число женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности		
- в том числе девочек-подростков		
Проведено доабортное психологическое консультирование		
- в том числе девочек-подростков		
Число беременных, отказавшихся от искусственного прерывания беременности после консультирования		
- в том числе девочек-подростков		

Главный врач медицинской организации:  
Ответственный исполнитель, ФИО: \_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Приложение № 4  
к приказу Государственного  
комитета Псковской области  
по здравоохранению и фармации  
от 04.05.2016 № 427

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПИСЬМО**  
от 13 октября 2010 г. N 15-0/10/2-9162

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет методическое письмо "Психологическое доабортное консультирование" для использования в работе лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности.

Заместитель Министра  
В.И.СКВОРЦОВА

Утверждаю  
Заместитель Министра  
здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
В.И.СКВОРЦОВА

13 октября 2010 г. N 15-0/10/2-9162

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

**Рецензенты:**

Л.В.Матвеева, доктор психологических наук, профессор кафедры методологии психологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

О.А.Карабанова, доктор психологических наук, профессор кафедры методологии психологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

Т.Я.Аникеева, кандидат психологических наук, научный сотрудник кафедры методологии психологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

Л.С.Логутова, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии.

А.Н.Юсупова, доктор медицинских наук, профессор.

Приоритетным направлением деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - Минздравсоцразвития России) является реализация комплекса мер, направленных на повышение рождаемости, социальную

поддержку материнства и детства, охрану репродуктивного здоровья населения, профилактику аборт.

С целью совершенствования социально-психологической помощи женщинам приказом Минздравсоцразвития России от 01.06.07 г. N 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях" предусмотрена необходимость создания кабинетов медико-социальной помощи, основными функциями которых являются оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, оказание социально-психологической помощи несовершеннолетним, направленной на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью, осуществление мероприятий по предупреждению абортов, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин при обращении по поводу прерывания нежелательной беременности, формирование у женщин сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.09 г. 808н "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи" штатные нормативы медицинского и другого персонала женских консультаций предусматривают должности социальных работников и медицинских психологов.

Между тем, по оперативным данным субъектов Российской Федерации, в 2009 году, только 19,7% женских консультаций обеспечены социальными работниками, а 33,7% - психологами. Обращает на себя внимание тот факт, что в женских консультациях, где работа по медико-социальному и психологическому консультированию поставлена на должном уровне, снижается частота абортов.

Данная ситуация требует усиления работы по совершенствованию медико-социального и психологического консультирования женщин.

Методическое письмо посвящено организации и проведению психологического доабортного консультирования женщин, планирующих прервать беременность и содержит основные техники и процедуры психологического доабортного консультирования, раскрывает особенности консультативной работы по снижению числа преждевременного прерывания беременности. Материал адресован в первую очередь психологам, осуществляющим доабортное консультирование в лечебных учреждениях, а также социальным работникам, врачам акушерам-гинекологам, всем, кто заинтересован в проведении подобной работы.

Составители: Редакционная коллегия "Центра общественных инициатив", "Центр национальной славы" (Красноярский филиал), Благотворительный фонд "Семья и детство", Федеральное агентство по делам молодежи. Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

### Введение

По имеющимся оценкам, численность населения Российской Федерации может сократиться к 2025 году до 125 млн. человек. Уменьшится ожидаемая продолжительность жизни, сократится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

Развитие ситуации по данному сценарию, помимо демографических потерь, неблагоприятно скажется на основных показателях социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

На сохранение репродуктивного здоровья, сокращение уровня смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения направлена Концепция

демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 N 1351.

Большую роль в увеличении рождаемости и снижении младенческой смертности играет улучшение репродуктивного здоровья населения.

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, - аборт. 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 лечебных учреждениях с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности.

Настоящие методические рекомендации содержат информацию об организации и проведении психологического доабортного консультирования. Методические рекомендации адресованы в первую очередь психологам, осуществляющим доабортное консультирование в лечебных учреждениях, а также социальным работникам, врачам акушерам-гинекологам, всем, кто заинтересован в проведении подобной работы.

#### 1. Демографические тенденции

Демографическая ситуация в Российской Федерации в начале XXI века обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в период всего XX века. С 1992 года началось стабильное сокращение численности населения из-за естественной его убыли за счет превышения уровня смертности над уровнем рождаемости. В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн. человек, что в расчете на 1000 человек в 2 раза больше, чем в европейских странах, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2-1,5 млн. человек.

Предположительная численность населения Российской Федерации, рассчитанная на основе динамики демографических процессов в 2000-2005 годах без учета программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, сократится к 2015 году на 6,2 млн. человек и составит 136 млн. человек, к 2025 году - 124,9 млн. человек, к 2050 году - до 100 млн. человек.

Убыль населения, помимо демографических потерь, может неблагоприятно сказаться на основных показателях социально-экономического развития страны, стать причиной социально-политической нестабильности и даже перерасти в реальную угрозу для целостности и суверенитета государства.

В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 г. N 537, стабилизация численности населения и коренное улучшение демографической ситуации являются стратегическими целями обеспечения национальной безопасности.

Начиная с 2000 года в России отмечается рост рождаемости, но он не позволяет обеспечить даже простое воспроизводство населения. После 2012 года прогнозируется существенное сокращение числа женщин репродуктивного возраста, что повлечет соответствующее снижение рождаемости. Для сохранения числа родившихся на уровне 2008 г. (1713,9 тыс. человек) в 2015 г. значение суммарного коэффициента рождаемости должно составлять 1,66, в 2025 г. - 2,21. Если же говорить о прекращении естественной убыли населения, то решение этой задачи (при сохранении нынешнего уровня смертности) потребует еще более высоких показателей рождаемости: 2015 г. - 2,14, 2025 г. - 2,91.

Низкая рождаемость обусловлена как естественными демографическими процессами (снижением числа женщин фертильного возраста), так и социально-экономическими

условиями (низким денежным доходом многих семей, отсутствием жилья), ориентацией современной семьи на малодетность, увеличением числа неполных семей, низким уровнем репродуктивного здоровья и высоким числом прерываний беременности (абортов). По данным Минздравсоцразвития России, за 2006 год в стране было проведено порядка 1,4 млн. аборт. Соотношение числа аборт и числа родов составило 1:1. В условиях низкой рождаемости проблема сохранения жизни каждого ребенка, даже и нерожденного, приобретает особое значение. Опыт ряда организаций, в частности Красноярского филиала Центра национальной славы, говорит о том, что примерно каждая шестая женщина, пришедшая за направлением на аборт, готова поменять свое решение и сохранить беременность.

Профилактика аборт является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей. Это положение закреплено в Концепции демографической политики до 2025 года. Решение проблемы аборт, отказ от него и установка на рождение детей может существенно повлиять на повышение рождаемости, что позволит изменить существующие негативные демографические тенденции.

## 2. Обоснование необходимости организации работы психолога в женской консультации

В практике врачей акушеров-гинекологов в настоящее время в работе с пациентками широко используется консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья, предупреждения нежелательной беременности.

Согласно приказу Министерства здравоохранения от 10.02.03 N 50 "О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях" врач акушер-гинеколог проводит консультирование по планированию семьи. Особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, наличию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем, числу беременностей, родов, аборт, а также степени осведомленности пациентки о методах контрацепции. Врач информирует пациентку обо всех методах контрацепции, помогает выбрать наиболее приемлемый метод.

В программу занятий с беременными по подготовке к родам включаются беседы о методах контрацепции с целью информации и выработки у женщин мотивации к их использованию после родов.

Женщинам, получившим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом стационара.

Консультирование, обследование и лечение пациентов, обратившихся по вопросам планирования семьи, проводятся согласно действующим стандартам.

Медицинские стандарты по планированию семьи, утвержденные Министерством здравоохранения от 26.03.1998 N 06/13-10, призваны обеспечить необходимый уровень консультирования по планированию семьи и регламентированный объем медицинской помощи при прерывании беременности, осложнениях при прерывании беременности и при контрацепции.

Приказом Минздравсоцразвития России от 14.10.2003 N 484 "Об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности" предусмотрено включение в объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности эффективного консультирования и информирования, психологической помощи и поддержки, применения современных технологий (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепции и реабилитации после аборт.



Приказом Минздравсоцразвития России от 01.06.2007 N 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях" утверждено положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации, который создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин. Одна из ведущих задач, стоящих перед специалистами кабинета, - осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания ребенка и дальнейшая поддержка в период беременности. В рамках выполнения задач ключевая роль принадлежит психологу.

Таким образом, изложенные нормативные документы Минздравсоцразвития России предписывают не только проведение консультирования по планированию семьи врачам акушерам-гинекологам, но и необходимость оказания психологической помощи женщине, а значит, организации работы психологов в женских консультациях, особенно в части консультирования женщин до аборта.

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 квалифицированного специалиста-психолога.

Существует мнение, что причиной для принятия женщиной решения о проведении аборта являются в большей степени социальные факторы: низкий жизненный уровень, низкий доход, отсутствие квартиры и другие. Опыт работы Красноярского филиала Центра национальной славы с пациентками, планировавшими проведение аборта, показывает, что определяют их решение причины психологического плана. В случаях, когда женщина говорит о финансовых трудностях, семья просто не хочет терять привычный уровень комфорта, жертвовать собственным покоем и менять планы, отказываться от жизни "для себя". Нацеленность на достижения, успех, карьеру и потребительство вынуждает женщин идти против своей природы и считать аборт необходимостью. Поэтому рождение незапланированного ребенка представляется невозможным даже в том случае, когда женщина действительно его хочет. Она как будто попадает в ловушку, которую расставила сама же и не может самостоятельно найти из нее выхода.

Другими наиболее распространенными причинами являются проблемы во взаимоотношениях с мужем, а также неспособность противостоять напору близких, убеждающих женщину в необходимости проведения аборта. Нередко наблюдается депрессивный синдром, связанный с потерей смысла жизни. Часто аборт делают просто потому, что беременность нарушает планы, ее устраняют как препятствие, не считая это чем-то плохим и недостойным. Например, молодая семья с момента свадьбы живет у родителей и собирается брать кредит на квартиру. Один ребенок уже есть, второго хотели бы, но не сейчас, сейчас беременность сильно нарушает планы, поэтому однозначно решают делать аборт. Они даже не хотят рассматривать какие-либо варианты. А чаще всего появление ребенка можно вписать в уже существующий план. Таким образом, нет достаточного осознания ситуации в целом, нет понимания, что они решают судьбу второго своего ребенка, который так же реален, как и первый.

Проведенный Красноярским филиалом Центра национальной славы анализ причин позволяет сделать вывод о том, что более 75% женщин вынуждают принять решение об аборте причины внутреннего характера. Лишь в некоторых случаях жизненная ситуация в связи с рождением ребенка действительно стала бы критической. В таких случаях просто необходима помощь квалифицированного специалиста.

Проведение психологического доабортного консультирования пациентки с "нежелательной" беременностью сегодня становится острой необходимостью, так же как оказание квалифицированной психологической помощи женщинам в кризисной ситуации.

### 3. Приемы и методы консультирования женщин

Основная проблема консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, в том, что, как правило, эти женщины не являются истинными клиентами. Не всегда они приходят на консультацию по собственному желанию, в процессе консультирования им недостает мотивации. В специальной психологической литературе такие клиенты обозначены как "немотивированные" <\*>.

-----  
<\*> Кочюнас Р. "Основы психологического консультирования" - М., 2000, С. 160.

Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса для консультанта любой теоретической ориентации - неважно, в каком учреждении это происходит. Консультант вынужден помогать, наставлять на путь истинный человека против его воли. Надежды людей, направивших клиента, становятся своеобразным экзаменом его умений и навыков. Консультанту как бы говорят: "Вы должны уметь помогать; вам предоставляется возможность доказать это".

Если немотивированный клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать консультанта, обычно свое нежелание поддерживать консультативный контакт он выражает по-разному: пропускает встречи, безразличен ко всему, что происходит во время консультирования, отказывается принять долю ответственности за процесс консультирования. Особенно часто свое сопротивление клиенты выражают молчанием. Обычно это молчание для консультанта бывает очень "громким". Иногда клиент всем своим видом показывает, что он просто отсиживает в кабинете. Враждебность может выражаться и прямо. Например, клиент говорит: "Приходить и проводить с вами время - не моя идея".

Поэтому первая задача консультанта - постараться преодолеть естественное сопротивление "неистинного", "немотивированного" клиента и сделать все возможное, чтобы он занял позицию истинного. В этом случае в дальнейшем ходе консультации психологу остается только грамотно применять ту структуру психологической консультации, которая ему наиболее близка.

Шаг первый. Женщину к психологу, как правило, направляет врач. Поэтому очень важно, в какой форме будет сделано конкретное предложение конкретной женщине. Для того чтобы уже сам момент направления на консультацию использовать в целях создания у женщины позиции "истинного" клиента, психологу в самом начале своей работы в консультации целесообразно в числе прочих мероприятий провести беседу об основных целях и направлениях своей работы и желаемой форме сообщения для женщин о психологической консультации.

Примерный вариант беседы:

Представление...

Основное направление моей работы в вашей консультации - с женщинами, решившими прервать беременность. Казалось бы, это решение принимают взрослые люди, все обдумавшие и взвесившие, которым вроде бы больше не требуется логических доводов. Однако...

Многие из тех, кто решается на аборт, делают это неосознанно. Как отметил в одном из своих выступлений Максим Обухов: "Кто по молодости, по глупости, по незнанию, кто под влиянием стечения сиюминутных обстоятельств, под внешним давлением или даже просто так, потому что посоветовала подруга".

Часто в трудной ситуации выбора рядом не оказывается человека, который может помочь разобраться в сложившейся ситуации, оказать моральную поддержку.

Решение женщины прервать беременность - это верхушка айсберга. Работа психолога направлена именно на подводную его часть. Необходимо работать с теми проблемами, которые привели женщину к такому решению.

Шаг второй. Когда женщина уже пришла на консультацию, необходимо продолжать работу по формированию в ней позиции "истинного" клиента.

Даже если в поведении женщины не заметно признаков тревоги, о ней не следует забывать, потому что сама ситуация консультирования провоцирует тревогу. Тревогу вызывают и естественное чувство вины, сомнение, достаточно ли квалификация консультанта, готов ли он по-настоящему помогать, что вообще будет происходить во время консультирования и т.п. Тревога и напряжение мешают говорить, поэтому первая задача консультанта, заметившего волнение клиента, - помочь ему почувствовать себя в безопасности. Прежде всего необходимо проявлять активность как в начале беседы, так и во время всей встречи. Женщины, как правило, ожидают, что консультант первым начнет беседу. Если консультант видит явное напряжение клиента, полезно обозначить и прокомментировать это состояние: "Вы очень озабочены" или "Вы кажетесь испуганным". Разговор о беспокойстве способствует снятию напряжения.

Право первого вопроса принадлежит консультанту. Вопрос должен быть открытым, неопределенным, позволяющим клиенту говорить о том, что для него важно. Например: "Вы берете направление на прерывание беременности. С чем связано это решение?"; "Какие трудности, проблемы привели вас к этому решению?" и т.п. Если консультант видит, что клиент напряжен, волнуется, он, чтобы облегчить начало беседы, прежде всего должен спросить о чувствах, помочь их выразить.

Первые вопросы следует тщательно продумывать, потому что клиенты в начале консультирования не осмеливаются отвечать на некоторые вопросы. Если консультант задаст много вопросов, клиент перестает понимать, чего от него хотят, и не говорит по собственной инициативе, и тогда консультант вынужден продолжать спрашивать. В начале консультирования следует избегать вопросов, на которые возможен однозначный ответ, ибо это также заставляет консультанта продолжать спрашивать (например, вопрос: "Сколько вам лет?" - иногда важен, но неприемлем в начале консультирования).

Во время консультации женщина может говорить о многих проблемах, потому что практически никогда не бывает единственной проблемы. Затруднения на первый взгляд кажутся разрозненными. Тем не менее, если консультант внимательно выслушает, он усмотрит разного рода связи между изложенными событиями, чувствами и установками. В ходе беседы важно отмечать повторяющиеся элементы в речи женщины. Они указывают на самые интенсивные реакции, на наиболее эмоционально окрашенные области жизненного опыта. Такие повторы выполняют роль специфичных "ключей" и помогают консультанту эффективнее вести беседу.

Упоминание об аборте в самом начале беседы ставит барьер между психологом и женщиной. Последняя в достаточной степени осведомлена об отрицательных последствиях аборта, но старается не допускать эти мысли в сознание, не акцентировать на этом свое внимание. Чтобы не усилить сопротивление, целесообразно вначале поговорить о "светлой стороне": "Что произойдет в вашей жизни, если вы сделаете это? Что вам это дает?"

После того как женщина высказала все "за", психолог говорит: "Что произойдет в вашей жизни, если вы не будете делать аборт, родите ребеночка? Что вам это дает?"

В этом случае психолог сам занимает позицию истинного консультанта: он не принимает решение за клиента, а стремится максимально расширить его поле восприятия проблемы и видение его потенциальных возможностей, ресурсов для решения этой проблемы.

Постепенно психолог подводит женщину-клиента к выводу о том, что аборт - это только один из способов решения возникших в ее жизни проблем (и далеко не лучший). Чтобы увидеть другие пути решения, необходимо разобраться в сгустке этих проблем, иначе они опять могут привести к повторению печального опыта.

Даже в наихудшем случае, если женщина в данной ситуации делает аборт, при "чистой" работе психолога снижается вероятность повторения этого в будущем.

Работая с проблемой абортов, психологу необходимо помнить, что в психоанализе аборт

рассматривается как убийство себя в будущем. Когда человек убивает себя, он прекращает свою жизнь в настоящем. А если убивает ребенка, то тем самым убивает себя будущего, так как ребенок - это продолжение нашей жизни тогда, когда нас уже не будет. Но эту, а также многие другие установки необязательно напрямую доводить до клиента. Они определяют направление и содержание работы психолога, но, предъявленные непосредственно женщине-клиенту, могут значительно усилить чувство вины, которая сразу же вызовет агрессию на ее источник и отказ от сотрудничества с психологом, то есть приведет к прерыванию консультации или прямо противоположным результатам (по отношению к целям консультирования).

Шаг третий. Практически любая проблема аборт при хорошей работе психолога вскрывает проблему взаимоотношения женщины-клиента и ее мужчины. Поэтому в данной работе психологу желательно владеть навыками и иметь опыт семейного консультирования. Если психолог поможет женщине проанализировать проблему отношений с ее партнером, больше вероятность того, что она услышит доводы консультанта о вреде аборта.

Шаг четвертый. Не всегда в процессе консультирования женщина принимает окончательное решение, а в другой раз она может уже не прийти. Для повышения эффективности консультации целесообразно определить, какой фильм или книгу лучше всего предоставить женщине. Безусловно, следует хорошо знать содержание предлагаемых материалов, чтобы не вызвать реакцию протеста.

Завершая консультацию, необходимо помнить, что принимать решение должна сама женщина, так как на ее плечи ляжет воспитание ребенка и она будет нести ответственность за то, каким она вырастит этого человека. Кроме того, при навязанном решении остается риск совершения аборта на более позднем сроке.

#### 4. Модель проведения консультации

Здесь будет представлена обобщенная модель консультации женщин, алгоритм, который может быть использован вне зависимости от теоретических предпочтений психолога-консультанта.

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 описанные в первой части статьи методы создания у женщины позиции истинного клиента. Другой момент: даже если женщина старается об этом не думать, на уровне подсознания она чувствует, что аборт - это плохо. Это чувство - не столько воздействие социально принятых норм, а скорее голос совести. Для того чтобы это чувство не переросло в сопротивление консультанту, психологу необходимо с первых минут встречи продемонстрировать безусловное положительное отношение к личности клиента (но не к его решению) и готовность совместного познания той жизненной ситуации, в которой в данное время находится женщина.

Известно, что процесс консультирования - это не выдача советов, не воздействие - давление на другого человека. Это помощь человеку не в том, чтобы он принял правильное с чьей-то точки зрения решение, а в том, чтобы он научился принимать свои решения мудро, а значит, ответственно.

Женщины, идущие на аборт, оказались в действительно трудной жизненной ситуации, коль скоро они решают действовать таким образом. Многие из них действительно переживают страдание. Цель консультирования - трансформация потенциала страдания в ресурс для развития. Если же консультант будет ставить цель уговорить, надавить и т.д. он, как правило, столкнется с увеличением сопротивления и потеряет доверие 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.

#### 4.1. Начало консультативной беседы

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

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". Для того чтобы убедить кого-либо, необходимо четко уяснить его восприятие проблемы. Поэтому 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 мужа 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.

Далеко не всегда слово лечит. Этот метод, вероятно, может эффективно использоваться только человеком, высоко духовно развитым. Чаще всего основная помощь в консультации осуществляется посредством особого вида слушания, когда консультант помогает клиенту действительно услышать то, что тот говорит, чувствует, думает. На этой основе клиент может открыть новое знание о себе, иное видение своей жизненной ситуации, а значит, и новые способы решения имеющихся проблем.

Повторение сути сказанного женщиной или ключевых слов ее высказывания поощряет клиента к раскрытию более глубоких уровней проблемы и нередко приводит к выявлению новых ее аспектов. Каждой новой жалобе или измерению проблемы необходимо уделить специальное внимание. Готовность психолога анализировать трудности жизни женщины, его неподдельный интерес создают основу для того, что подлинная причина решения пойти на аборт не будет упущена.

В конце начальной фазы консультации полезно суммировать полученную информацию, то есть кратко перечислить выдвинутые причины и аргументы клиента. Это увеличивает степень доверия, позволяет уточнить, все ли аспекты проблемы рассмотрены, и перейти к фазе аргументации.

#### 4.2. Середина консультативной беседы

В этой фазе консультации психолог приступает к аргументации. Используются техники те же, что и на первом этапе, и новые: прояснение и отражение чувств, интерпретация, конфронтация, сократовский диалог 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? Так - в смысле качества, истинного качества жизни. Эту мысль очень емко выразил митрополит Антоний Сурожский, и в том или ином объеме целесообразно довести ее до сознания женщины, так как это достаточно действенное средство. Суть этой мысли заключается в следующем. Философ Григорий Сковорода в одном из своих трудов сказал, что в жизни замечательно устроено: вещи нужные несложны, а вещи сложные не нужны. Эти слова, безусловно, можно развить в карикатуру. Но если принять их с трезвостью, то можно увидеть в них указание на то, как можно жить.

Мы очень часто не живем действительной жизнью, полноценно, потому что чрезмерно усложняем жизнь. Мы стараемся делать невозможное, проходя мимо возможного. И если применить этот принцип к евангельским заповедям, то можно найти в Евангелии, в словах Христа, заповедь, достаточно простое с виду указание, с которого мы можем начать. Это заповедь о том, что мы должны любить ближнего как самого себя (Мк. 12, 31). Это подразумевает, что мы себя самих должны любить.

Жизнь, опыт показывают, что мы можем одарить других только тем, что у нас есть. И если у нас нет определенного отношения к себе, то мы не можем иметь этого отношения к другим. Без уважения к себе мы других не уважаем, без любви к себе - правильно понятой - мы не можем любить других. Жизнь, отношения между людьми - взаимосвязанный процесс, и здесь есть и другая сторона. Не имея к себе достойного уважения, любви, мы и другим "передаем" право не любить и не уважать нас.

Правильно понятая любовь - это "не любовь хищного зверя, который считает, что все вокруг существует для него, который рассматривает всякого человека как возможную добычу, который все обстоятельства жизни рассматривает с точки зрения самого себя: своей выгоды, своего удовольствия и т.д. Любовь к себе - что-то гораздо большее. Когда

кого-нибудь любишь - желаешь ему добра; чем больше любишь, тем большее добро ему желаешь. Речь идет о большем добре, а не о большем количестве добра. Мы желаем любимым самого высокого, самого светлого, самого радостного. Мы не желаем им большего количества тусклой, мелкой радости. Вот с этой точки зрения надо уметь и себя любить".

Ребенок - это из большей радости. А желание избавиться от него - это стремление не упустить те мелочные радости, которые сейчас имеешь (относительно беззаботная жизнь, карьера, "полуотношения" и т.д., у каждого - свое).

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.

В середине консультации целесообразно использовать наглядные методы убеждения.

В процессе консультации с психологом фактически решается вопрос о жизни еще нерожденного ребенка. И, как часто бывает, это решение может быть принято женщиной на основе эмоций, а не логических умозаключений.

Женщина, собирающаяся сделать аборт, уже обдумала все доводы "за" и "против" и сформировала в своем сознании прочную психологическую защиту от уговоров. Любой довод - аморальности, безнравственности, жестокости аборта - может разбиться об эту стену защиты.

В процессе консультативной работы с женщинами хорошо зарекомендовали себя некоторые косвенные приемы убеждения.

Социальными психологами доказано, что жестокость усиливается при эмоциональном удалении от жертв: легче проявлять жестокость по отношению к тому, кто находится на расстоянии или деперсонализирован. Тогда люди могут быть безразличны даже к большим трагедиям. Палачи деперсонализируют казнимых, надевая им на головы мешки. Когда в бою можно воочию увидеть своих врагов, многие солдаты или не стреляют вообще, или стреляют не целясь.

Люди больше сочувствуют тем, кто персонализирован. По этой причине призывы к спасению еще нерожденных детей, о помощи кому-либо почти всегда персонализируются, для чего сопровождаются наглядными фотографиями или описаниями. Еще более убедительное воздействие оказывает изображение эмбриона, полученное с помощью ультразвукового исследования. Опрос, проведенный Джоном Лайдоном и Кристиной Дункель-Шеттер (1994), показал, что женщины демонстрируют большую решимость не прерывать свою беременность, если перед этим видят ультразвуковое изображение эмбриона с ясно различимыми частями тела.

В процессе консультативной беседы большое воздействие оказывают использование макетов плода, а также возможность непосредственной демонстрации во время консультации фильмов о внутриутробном развитии ребенка и об абортах.

Причем большое значение оказывает то, какой именно фильм будет представлен вниманию женщины первым. Если это будет "Безмолвный крик", то, как правило, и как это ни парадоксально, усиливается действие психологической защиты, и женщина старается отбросить сомнения, не думать об этом, не смотреть, поскорее уйти.

В практике консультации можно использовать следующий прием: во время беседы с женщиной подвести ее к осознанию настоящего момента не с точки зрения ее самой, а с точки зрения ребенка и проекции на будущее: "Как вы думаете, какой сейчас ребенок, движется ли он, что он может делать?"

Женщина, идущая на аборт, не думает о ребенке как о личности, она воспринимает его (за редким исключением) как временную помеху, еще более грубо - больной зуб, который необходимо выдернуть. Это также проявление психологической защиты, иначе женщина не смогла бы решиться на этот шаг, на убийство живого ребенка.

Поэтому, когда в консультативной беседе женщина затрудняется ответить на вышеприведенные вопросы, можно продемонстрировать ей отрывки из фильма "Дневники

нерожденного младенца" начиная с того момента, который соответствует возрасту ее плода и далее по мере временной возможности. Рекомендуем показывать материал до появления на экране титра "28 декабря" и только в редких случаях - до конца фильма. Само содержание фильма интересно и оптимистично: не вызывает внутреннего сопротивления у женщины и порождает интерес (в принципе каждому интересно, что у него внутри, под сердцем).

Просмотр также снижает уровень эмоционального напряжения во время консультации, но самое главное - позволяет заронить в сознание женщины мысль о ребенке как о человеке, как о личности.

Далее можно предложить женщине кассету или диск с несколькими фильмами <\*> для просмотра дома, характеризуя кратко содержание каждого из них. После просмотра женщина может вернуть кассету лично психологу или передать через персонал консультации. Этот организационный момент является в то же время и диагностическим: если женщина решает рожать, то она, как правило, возвращает кассету психологу (таким образом, восстанавливая свой образ "Я" в своих глазах и в глазах другого). Таким образом, возможность демонстрации макетов, показа фильмов и в целом использование наглядных средств значительно повышают эффективность консультативной работы психолога.

-----  
<\*> Например, фильм "Самый близкий человек", размещенный на сайте Центра общественных инициатив: [www.coi.su](http://www.coi.su)

#### 4.3. Завершение консультативной беседы

Непродуманное, "смазанное" завершение может разрушить в целом успешную консультацию. Кроме того, необходимо выделить время для облегчения эмоционального переживания клиентом поднятых проблем.

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 психолог предоставляет клиенту дополнительный материал - литературу или фильм (это рассматривалось выше), а также выполняет диспетчерскую функцию. В качестве эффективного печатного материала рекомендуется выдавать брошюру "Самый близкий человек", в электронном виде размещенную на сайте Центра общественных инициатив: [www.coi.su](http://www.coi.su)

Многие проблемы, поднятые клиентом, могут быть связаны с необходимостью обращения к другим специалистам: юристу, социальному работнику и др. Психолог должен предоставить женщине информацию о том, куда она может обратиться для решения непсихологических проблем.

### 5. Проблемы, поднимаемые в процессе консультирования

#### 5.1. Экзистенциальные проблемы

В процессе консультирования по проблеме аборт неизбежно всплывают вопросы, связанные со смыслом жизни. Проработка экзистенциальных проблем требует достаточно высокого уровня профессиональной компетенции консультанта. А так как глубокая и методически грамотная работа консультанта в данном направлении может существенно повышать эффективность проводимой работы, остановимся подробнее на этом аспекте консультирования.

Сегодня одной из основных проблем, с которой чаще всего сталкиваются в своей работе психологи и психиатры, является фрустрация экзистенциальных потребностей.

Сегодняшний человек страдает чаще всего от глубокого чувства утраты смысла жизни или недостаточной сформированности смысла жизни.



Ощущение отсутствия смысла жизни становится все более распространенным явлением. Общество не предоставляет человеку идеала, направления, идя по которому человек мог бы найти свой смысл жизни. Сейчас чаще всего в качестве идеала выставляется "золотой телец". Безусловно, как пишет В.Франкл, "всякий больной в первую очередь желает стать здоровым, а любой бедняк - разбогатеть. Однако столь же верно и то, что оба стремятся к этому лишь затем, чтобы иметь возможность вести такую жизнь, какую они считают осмысленной, осуществить свой смысл жизни" <\*>.

-----  
<\*> В.Франкл, "Человек в поисках смысла". - М.: Прогресс, 1990. С 28.

Вопрос о смысле жизни встает перед человеком независимо от уровня его жизни: и тогда, когда живется "хуже некуда", и в обществе изобилия. Это связано с глубинной человеческой потребностью быть больше себя самого. "Человеческое бытие всегда ориентировано вовне на что-то, что не является им самим, на что-то или на кого-то: на дело, которое необходимо осуществить, или на другого человека, к которому мы тянемся с любовью. Чем больше человек отдает себя делу или другому человеку, другим людям, тем в большей степени он является человеком, и тем в большей степени он становится самим собой. Таким образом, он, по сути, может реализовать себя лишь в той мере, в которой он забывает про себя, не обращает на себя внимания" <\*>.

-----  
<\*> Там же. С. 29.

Средства массовой информации старательно призывают человека жить в удовольствие, предлагая для этого огромное количество путей и средств. Как ни парадоксально, человек, который стремится к наслаждениям и развлечениям, скорее всего, имеет проблему смысла жизни.

Общество изобилия порождает изобилие свободного времени, которое вроде бы должно предоставлять возможность для реализации смысла жизни. Но это же общество развивает и формирует в человеке прежде всего потребительские инстинкты, поэтому свободное время лишь обостряет проявления экзистенциального вакуума ("воскресные неврозы"). Смысл жизни нельзя дать извне. Попытки найти смысл жизни в получении для себя тех или иных благ - материальных (денег), социальных (престижа, наград), в работе (в деле), в профессии, - не могут иметь результатом душевное равновесие, удовлетворенность. Найденный самостоятельно смысл жизни - результат внутренних духовных, а не материальных или социальных поисков.

Те же усилия, но направленные на благо кого-то другого или других - членов семьи, сотрудников фирмы или общества, человечества в целом, - стимулируемые изнутри, могут составить основу духовного уровня развития человека, направленности его усилий на сохранение и развитие жизни как таковой. Результат духовных поисков смысла жизни - это личное открытие, осознание того, что смысл жизни - в самой жизни, в самом существовании (экзистенции) человека и человечества, включая, прежде всего собственных детей как продолжателей собственной (отца, матери) линии жизни. Если целью консультативной работы с женщиной, идущей на аборт, ставится изменение мышления или мировоззрения женщины усилиями консультанта, то этот путь не может иметь успеха. Решение экзистенциальной проблемы потенциальной матери (отца) будущего (возможного) ребенка возможно при обязательном соблюдении предпосылок:

- Сам консультант имеет четко сформированный, осознанный смысл своей жизни и консультативной работы.

- Владеет средствами выражения его в форме, доступной восприятию клиента.

- Консультативная работа направлена на расширение возможностей выбора клиента.

Сам же процесс нахождения (точнее сказать, открытия, это качественный скачок) смысла жизни клиентом должен быть только результатом его внутренней работы - внутреннего

выбора - или нахождение и принятие нового варианта на основе внутренней креативности. Никакая манипуляция, попытки "доказать", "объяснить" клиенту со стороны консультанта здесь недопустимы.

В процессе консультативной работы с женщинами, берущими направление на прерывание беременности, часто приходится сталкиваться с такой позицией:

- Зачем я буду рожать? Если родится мальчик, то чтобы его убили в Чечне? (Убить его сейчас кажется не таким уж предосудительным.)

- Пусть рожают те, у кого много денег, а тут и так не хватает. (Однако даже живущие в палаточных лагерях переселенцы рожают детей, не ссылаясь на действительно объективные трудности.)

- Зачем рожать несколько детей, чтобы они еще при жизни родителей начали делить их имущество, квартиру? (Эта ситуация не нова, о ней рассказано еще в притче о блудном сыне. Правда, в те времена не додумались до такого вывода: если вдруг не удастся воспитать детей должным образом, то лучше их вообще не иметь.)

- Я вообще не вижу смысла в том, чтобы рожать детей. Мне с одним-то тяжело, устаю. А если рожу - еще хуже будет. И так впереди ничего светлого.

- Мне еще нужно доучиться (дописать диссертацию, найти надежную работу и т.д.).

- Если бы муж помогал (лучше относился, не пил, больше зарабатывал, не гулял), то да, может быть (а чаще - может и не быть).

В каждом из этих утверждений-вопросов скрыто или явно прослеживается нерешенная проблема смысла жизни. И здесь же видно, что если у человека нет смысла жизни, то он пытается добиться ощущения счастья в обход осуществлению смысла и сильно от этого обходного пути страдает. Кто-то стремится заработать как можно больше денег, приобретая зависимость от них: чем больше их есть, тем больше хочется. Кто-то хочет жить спокойно, в свое удовольствие, чтобы никто не беспокоил, не досаждал, не было бы никаких трудностей. Хотя тут-то и сталкивается с тяжестью "одиначества в толпе" и бессмысленностью такого покоя. Кто-то пытается добиться счастья с помощью химических препаратов (алкоголь, наркотики) и т.д.

На самом деле нормальное ощущение счастья не может выступать в качестве цели, к которой человек стремится, а является просто сопутствующим явлением, сопровождающим достижение какой-то другой цели. Иначе, по словам Феофана Затворника, человек становится стружкой, закрученной вокруг себя самого, а внутри - пустота.

Эта закономерность четко проявляется в супружеских отношениях, в отношениях между мужчиной и женщиной (последние, и, к сожалению, это становится чуть ли не нормой, далеко не всегда существуют только в рамках супружества). Часто два человека живут ради себя, собственных удовольствий: "Два (один) ребенка - это уже много, куда же больше? Больше мы не потянем материально (морально)". В процессе консультирования часто задается вопрос: "Ну, хорошо, предположим, этого я рожу, а что дальше? Все равно придется делать аборт, раз не придумали 100% средств контрацепции". То есть "без близких отношений жить не могут, забот о детях не хочу, поэтому аборт неизбежен". Человек не может отказать себе в чувственных наслаждениях, и средства массовой информации старательно внушают, что это удовольствие, точнее потребность в нем, является мерилом нормальности человека, нормальности отношений мужчины и женщины. Однако из практики работы психологов и сексопатологов четко прослеживается закономерность: чем сильнее человек стремится к сексуальному наслаждению, тем скорее оно от него ускользает. Сексуальность нарушается по мере того как усиливаются сознательная направленность и внимание к ней. Здесь целью ставится то, что в норме является лишь сопутствующим эффектом близости мужчины и женщины ради деторождения.

Эта подмена очень опасна в ситуациях все более распространяющейся утраты смысла жизни, поскольку сексуальность разрастается в экзистенциальном вакууме в больших

масштабах. "Ведь сегодня мы сталкиваемся с сексуальной инфляцией, которая, как и любая инфляция, в том числе и денежная, идет рука об руку с девальвацией.

Сексуальность обесценивается в той мере, в какой она обесчеловечивается. Ведь человеческая сексуальность - это больше, чем просто сексуальность, и большим она является в той степени, в какой она - на человеческом уровне - выступает носителем внесексуальных, личностных отношений" <\*>.

-----  
<\*> В.Франкл, "Человек в поисках смысла". - М.: Прогресс, 1990. С 34.

Всякая изоляция сексуальности это регресс для человека. Но этот регресс очень выгоден для бизнеса, который принуждает человека к сексуальному потреблению, лишая его искренности, непосредственности и чистоты человеческих отношений. Свобода сексуальной жизни, о которой говорят сторонники индустрии сексуальных развлечений - это свобода делать деньги на искусственно гипертрофированной потребности человека. Смысл жизни нельзя дать, его нужно найти. Наше общество на сегодня может предложить человеку крайне мало направлений для самореализации и поиска смысла жизни. Не находя себя в работе, в деле, люди перекрывают и другой путь для нахождения смысла жизни - рождение и воспитание детей, которые могут целиком наполнить ее, насытить жизнь смыслом. Дети являются согласно психоаналитической трактовке нашим продолжением в будущем. И с этим будущим поступают по-разному: одно дело, когда кто-то не может иметь детей, другое - когда от них (то есть от будущего) избавляются. Ни в одной многодетной семье не ставится вопрос о смысле жизни (речь, конечно, не идет о многодетных семьях как результате беспорядочных половых связей при алкогольной зависимости). Многодетная семья - это та ситуация, когда насыщенность жизни является побочным результатом более глобальной цели - воспитания детей. И это, вероятно, один из наиболее явных и доступных смыслов жизни, данных человеку от Бога.

В целом человек находит смысл тремя путями:

1. В действии, в создании чего-либо.
2. В переживании, в чувстве любви к другому.
3. В безнадежной ситуации - он может иметь хотя бы собственное отношение к происходящему.

Этот третий путь осмысленности жизни хотя и был "открыт" в ситуациях страдания (концентрационные лагеря, война и т.д.) очень актуален. Как пишет Антоний Сурожский, если ты не можешь изменить ситуацию, если по своему малодушию не можешь поступить так, как подсказывает совесть, то необходимо иметь хотя бы силы осознать, что поступаешь плохо, идешь против своего предназначения. Хуже, если человек и окружающие его люди занимают "страусиную позицию". Из опыта консультативной работы хорошо известно: если женщина найдет для себя оправдание сделать аборт в данной жизненной ситуации, то она найдет ему оправдание и в любой другой ситуации. Исходя из этого виден смысл консультативной работы с женщинами, идущими на аборт: очень трудно и зачастую невозможно изменить их мировоззрение за одну встречу. Но можно помочь человеку с открытыми глазами делать то, что он задумал. Если и этого не делать - ситуация будет повторяться многократно, никак не меняя человека.

## 5.2. Проблемы межличностных отношений

В процессе консультирования по проблеме аборт часто поднимается вопрос о неистинных, дефицитарных отношениях между мужчиной и женщиной. Причем каждый из них может не осознавать этого и действительно верит, что у них "любовь", "нормальная семья". Но когда женщина идет на аборт, этот "замок отношений на песке" рушится. Осознавать это весьма болезненно, поэтому еще одной причиной аборт является нежелание увидеть правду, а точнее, неправду тех отношений, которые существуют между, казалось бы, самыми близкими людьми.

Если позволяет время, то в процессе консультативной встречи желательно рассмотреть с клиенткой, в чем заключается дефицитарность отношений в данном конкретном случае. Дело в том, что, как бы женщина ни решила поступить в этот раз, если не "вскрыть" причин (подводную часть айсберга), то ситуация повторится. Для консультанта знание этих нездоровых отношений помогает более эффективно и осознанно прорабатывать встречу с клиентом.

Когда человек вступает в неистинные отношения, он в каждом случае не близок с другим (то есть не заботится о нем), а использует другого функционально. Женщина старается избавиться от нежелательной беременности, так как, с ее точки зрения, родившийся ребенок разрушит хоть и не удовлетворяющие, но хотя бы существующие отношения с мужчиной. У нее не хватает душевных сил, любви, тепла для ребенка, так как она знает только, что не может быть одна, отчаянно хочет от мужчины того, что получить от него невозможно, и, как мы ни стараемся, в отношениях что-то всегда не так. Особенно остро это может проявиться после аборта: прерывание беременности не решает проблем межличностных отношений, а только усугубляет их.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся типы дефицитарных отношений <\*>.

-----  
<\*> И.Ялом, "Экзистенциальная психотерапия". - Москва, 1999.

Существование в восприятии другого

Это ситуация, когда человек ощущает себя, наполненность своей жизни, только если другой подтверждает его существование своим вниманием, "обратной связью" в любой ее форме. Если же другой показывает, что для него незначим этот человек, то наступает серьезный жизненный кризис.

Такие отношения обычно рушатся потому, что другой, через какое-то время устает подтверждать существование партнера. Кроме того, другой чувствует, что он - не тот, кого любят, а тот, в ком нуждаются. Другой никогда не ощущает, что его целиком знают и целиком принимают, потому что он включен в отношения лишь частично: постольку, поскольку служит функции подтверждения существования партнера.

Эти отношения неустойчивы еще и потому, что человек жаждет, чтобы его любили, тогда как в действительности проблема заключается в том, что он неспособен любить.

В нашем случае, когда женщина слышит от мужчины, что "ребенок ему не нужен, не входит в его планы, что это не его ребенок" и т.п., она решает, что и ей тоже "ничего не нужно", не задумываясь о том, что у нее может и должно быть собственное решение.

Слияние

Это отношения, в которых человек стремится раствориться в партнере, жить его жизнью, его интересами. Казалось бы, это неплохо. Но при этом индивиды, стремящиеся к слиянию с партнером, хоронят собственные потребности; пытаются узнать желания других и сделать эти желания своими собственными. И в результате такие люди становятся "зависимыми" от отношений. Литературный образ такой зависимости хорошо представлен в произведении Н.С.Лескова "Леди Макбет Мценского уезда", в котором автор очень тонко отметил, что женщина, страстно влюбленная в мужчину, редко переносит эту любовь на ребенка.

Компульсивная сексуальность

Компульсивная сексуальность - отношения, основным в которых является сексуальная близость. Если инициатором этих отношений выступает женщина, это может быть с ее стороны попыткой получить тактильные ощущения, в отношении которых у нее ранее был дефицит (это составная часть экзистенциальной проблемы), или более сложные по структуре попытки поиска полоролевой идентичности ("Я - женщина"). Часто в подобных отношениях женщина является просто "жертвой".

В компульсивном сексе отсутствуют все признаки подлинной заботы. Человек использует другого, как средство, он не знает своих партнеров. Собственно говоря, незнание другого и утаивание большей части себя нередко используется как преимущество, поэтому показывает и видит только то, что способствует обольщению и половому акту. Такого рода взаимодействие означает, что человек формирует отношения - и чем быстрее, тем лучше - ради секса, а вовсе не наоборот, когда сексуальный контакт является проявлением глубоких отношений и способствует им. Сексуально компульсивный индивид имеет отношения только с той частью другого, которая служит для удовлетворения его потребности. Он не заботится ни о личности, ни о росте партнера. Реакция мужчины на сообщение о беременности женщины четко выявляет такую форму дефицитарных отношений. И задача консультанта в данном случае - помочь женщине осознать факт ущербности подобных отношений и показать, что аборт не является средством решения этой проблемы.

#### Другой как опора, "подъемник"

В этих отношениях, по другому их можно назвать чисто эгоистическими, человек относится к любви как к ограниченному ресурсу. Считает, что чем больше он предлагает эмоций, собственных сил души, тепла и пр. одному человеку, тем меньше у него останется для себя и других. Но, как учил Фромм, этот рыночный подход в любви лишен смысла: отношения с другими всегда делают человека богаче, а не беднее. Такая позиция достаточно часто - и у мужчин, и у женщин - встречается в консультировании. Обычно, когда в семье уже есть один ребенок, консультант слышит: "Мы должны всем обеспечить хотя бы одного", "Я устала от одного", "Зачем нам еще?" и т.д.

Однако известно, и это может использовать консультант, что с рождением ребенка даются и силы, и помощь. А в случае аборта эгоистические отношения дадут трещину все равно: другой не всегда бывает полезен, он просто есть.

#### 6. Организационные аспекты консультирования

Деятельность психолога по доабортному консультированию осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.07 г. N 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях". Одной из основных функций кабинета медико-социальной помощи является осуществление мероприятий по предупреждению абортов, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности.

Поликлиника, или женская консультация, как организация имеет иерархическое строение, что необходимо учитывать при организации в них консультативного пункта. Если удастся убедить в необходимости проводимой работы, заинтересовать главного врача или заведующую отделением, то работа будет продвигаться намного быстрее и эффективнее, так как в полномочии этих лиц - отследить соотношение количества направленных к психологу и пошедших на аборт женщин.

Главная задача - сформировать у врачей-гинекологов позицию "за сохранение беременности". В этом случае врач сам выполняет соответствующую роль, разъясняя женщине необходимость, целесообразность и "здоровьесообразность" рождения ребенка. Задача-минимум - сформировать у медицинского персонала позицию терпеливого отношения, непротивления работе психолога-консультанта с женщинами, собирающимися прерывать беременность. Конкретно эта позиция выражается в том, что если сам врач и не отговаривает женщину от этого шага, то хотя бы направляет ее к психологу.

Безусловно, работу в женской консультации следует начинать с задачи-максимум. Для

этого психолог или руководитель может провести ряд бесед, например, во время регулярных совещаний медперсонала. В этих беседах рассматриваются вопросы демографического кризиса, опасности аборта для психического и соматического здоровья женщины, духовная основа проводимой работы. Весьма действенны видеоматериалы - и "мягкие", и "жесткие". Многие врачи не думают о проводимых операциях как об убийстве живого человека. Яркие образы из фильмов (например, "Безмолвный крик") позволяют затронуть живущие в каждом человеке совесть и жалость. Причем не на уровне слов, которым уже мало доверяют из-за того, что на человека обрушивается лавина информации, не всегда достоверной. Образ действует сильнее.

В этих выступлениях можно использовать материалы книги Ильи Шугаева "Брак, семья, дети", специальных выпусков бесед со старшеклассниками и т.п. Врачи слушают эту информацию с большим интересом: она подана в интересной форме и затрагивает вопросы, которые касаются непосредственно каждого. У врачей есть свои дети, которым они желают только "здоровья, счастья и семейного благополучия".

Если психолог в процессе работы ощущает определенное сопротивление (это легко определить по разнице между направленными к нему женщинами и количеством абортов), целесообразно предложить медперсоналу консультативную помощь по интересующим их вопросам. Это можно сделать во время одной из бесед, например, следующим образом: "Кроме консультирования женщин, собирающихся прервать беременность, я консультирую по вопросам супружеских и детско-родительских отношений" (конечно, в том случае, если специалист действительно обладает необходимой теоретической и практической подготовкой). Здесь будет наблюдаться такая тенденция: сначала по вопросам, не связанным с абортами, врачи будут направлять пациентов, знакомых, и затем, убедившись в безопасности и эффективности консультаций, будут обращаться сами. В результате постепенно все женщины, берущие направление на аборт, будут проходить через психолога-консультанта.

Опыт показывает, что эффективность работы по предупреждению аборта зависит не только от профессионализма психолога, но и от условий проведения консультирования. Во время психологического консультирования клиент с меньшей настороженностью раскрывает и исследует свои проблемы, если консультирование происходит в хорошо оборудованном кабинете.

К помещению, где проводится консультирование, предъявляются определенные требования (Приказ Минздравсоцразвития от 16.09.2003 N 438 "О психотерапевтической помощи", приложение N 8). Кабинет психолога должен быть просторным, не менее 20 кв. м. В тесном пространстве клиент чувствует себя напряженно, и консультанту сложно установить доверительный контакт. Беседа должна проходить в звуконепроницаемом помещении в спокойной обстановке. Кабинет должен быть уютным, стены должны быть окрашены в спокойные тона и оформлены фотографиями или детскими рисунками на тему семьи. Стол, удобные стулья (3-4 на случай приема нескольких человек, например, супружеской пары или родителей клиента) также необходимы для работы психолога. Для проведения сеансов по снятию стресса потребуется кушетка, а для показа тематических фильмов необходимы телевизор и DVD-проигрыватель.

Обратим особое внимание на важность формирования позитивного настроения у женщины еще до начала общения с психологом. Для этого целесообразно использовать в оформлении интерьера женской консультации календари, плакаты, фотографии и детские рисунки на семейную тематику, способствующие принятию решения о сохранении беременности. Образцы подобных материалов размещены на сайте Центра общественных инициатив: [www.coi.su](http://www.coi.su)

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 настоящем руководстве, а также в литературе по теме (см. список литературы на стр. 69).
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 супервизировании <\*> профессионального консультанта с последующим обсуждением с ним допущенных при самостоятельной работе ошибок, недочетов, нахождение путей профессионального совершенствования начинающего консультанта.

-----  
 <\*> Супервизирование в данном контексте - это наблюдение профессионала за работой начинающего или менее опытного коллеги с целью его обучения, повышения квалификации. Присутствие при беседе консультанта с клиентом третьего человека возможно только в случае согласия на это самого клиента, то есть получения его положительного ответа на фразу: "Это мой коллега, он будет нам помогать, если Вы не возражаете". При этом присутствующий профессиональный консультант (в п. 3) не вмешивается в работу с клиентом, а лишь наблюдает. Допустимо недемонстративное ведение записей в блокноте.

Цель встречи клиента и консультанта - взаимопонимание, открытость между собеседниками, особая атмосфера доверия, способствующая диалогу двух уважающих и принимающих друг друга людей, возникновение очищающей исповеди. Это довольно редкое явление в обычной жизни, которое предполагает полную погруженность в собеседника, максимальную искренность и честность. Установление атмосферы понимания, принятия и поддержки помогает клиенту почувствовать себя более значимым, придает уверенность и дает возможность спокойно оценить свои и чужие поступки, избавиться от ощущения заброшенности и изоляции, которое лишает силы и делает проблемы субъективно неразрешимыми.

Большое влияние на результат консультативных встреч будут оказывать установка, общее отношение к женщине, собирающейся прерывать беременность. В христианской психологии есть такое понятие, как благоговение в отношении к другому человеку, с которым происходит встреча, даже к самому "последнему" человеку. Один святой сказал, что благоговение состоит из двух начал - страха и радости. Страх, опасения, как бы не навредить душе человека, ведь он имеет свой жизненный путь. Поэтому сначала "не навреди", а потом "помоги". Причем в случае консультации по проблеме абортов принцип "не навреди" относится к двум человеческим душам. Действительно, нужно уметь любить их обоих. Радость от того, что у консультанта есть шанс, пусть небольшой, помочь родиться новому малышу и вырасти как личности, как человеку его маме.

В процессе работы консультативных пунктов по предупреждению абортов целесообразно организовывать регулярные совместные встречи всех консультантов. Цели этих встреч:

- получение руководителем обратной связи о проводимой работе;

- уточнение стратегии и тактики работы;
- обучение начинающих консультантов;
- отреагирование консультантами чувств и эмоций, связанных с проводимой работой.

Дело в том, что такая работа необычна даже для практикующих психологов, тем более для человека, который не имеет специальной профессиональной подготовки. В ходе консультативных бесед у самого консультанта возникают сильные отрицательные чувства: вины (если женщина все равно идет на аборт), бессилия (когда клиент оказывается просто более сильным оппонентом), агрессии (например, при агрессивной позиции клиента) и т.д. Если эти чувства не прорабатываются, то постепенно они будут накапливаться, переходить в депрессивное состояние и снижать качество работы консультанта. Кто будет прорабатывать чувства - или приглашенный специалист, или сама группа консультантов, - решает организатор работы. Необходимо только учитывать, что без ведущего эти встречи будут менее эффективны в лучшем случае, а в худшем атмосфера между самими консультантами будет все более накаляться.

Организатор должен отслеживать, какой позиции придерживается каждый консультант. Ведь можно отговаривать от абортов, рекламируя контрацепцию. На этих же встречах обсуждаются сложные моменты консультаций, например, что отвечать на вопрос женщины: "Я не могу иметь пятеро детей, но как же быть, если и контрацепция вредна?" В процессе совместных встреч начинающие консультанты получают для себя много информации, непосредственно помогающей им в данной работе.

В отношении эффективности деятельности консультанта критерием профессионализма может служить осознание им своей деятельности как миссии, но никак не ремесла или, того хуже, как средство заработка.

Многие практикующие консультанты и психотерапевты отмечают, что огромную роль в эффективности их работы играет сама личность консультанта. Ее 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 зло, большее зло, 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 слова имеют не столько значения, сколько убеждения консультанта, которые порой передаются без слов.

## 7. Анализ причин абортов

Существует мнение, что основными причинами, побуждающими женщину принять решение о проведении аборта, являются в большей степени социальные факторы: низкий жизненный уровень и доход семьи, отсутствие квартиры и другие.

Опыт Красноярского филиала Центра национальной славы по психологическому доабортному консультированию за период 2007-2009 гг. позволяет выделить следующие причины абортов:

- 24% - другие планы;
- 18% - нестабильность отношений с отцом ребенка;
- 17% - желание жить "для себя";
- 13% - неудовлетворительное финансовое положение семьи;
- 10% - страхи;
- 9% - неудовлетворительные жилищные условия;
- 7% - давление со стороны близких;
- 2% - другие причины.

Анализ причин позволяет сделать вывод о том, что более 75% женщин вынуждают принять решение об аборте причины внутреннего характера. В таких случаях просто



необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога. Лишь в некоторых случаях жизненная ситуация в связи с рождением ребенка действительно стала бы критической.

Женщины, которые заранее настроены агрессивно по отношению к процессу консультирования, как правило, делают аборт несмотря на незначительные объективные причины.

Отказываются от аборта и встают на учет по беременности женщины, имеющие поддержку мужа или родителей. Это, как правило, те, которые приняли решение об аборте в состоянии аффекта, не обдумывая глубоко ситуацию, или те, у которых доводы "за" и "против" колеблются в пределах 50/50.

Достаточно часто беременность наступает на фоне применения средств контрацепции. В данном случае проявляется такая распространенная установка: "Это не может случиться со мной". Чаще, безусловно, такое отношение встречается у молодых девушек. Оно проявляется не только в том, что не предохраняются, но и в том, что не знают, что нет 100% средства предохранения несмотря на то, что об этом говорится в аннотации к каждому контрацептиву.

В целом у населения достаточно низкий уровень знаний об особенностях функционирования собственного организма и методах сохранения здоровья.

"Этого не может случиться со мной" - не только русское авось, это универсальный защитный механизм от непредсказуемости жизни. Это убеждение на том или ином уровне сознания существует в каждом из нас. Это вера в собственные неуязвимость, прочность, превосходящую обычные законы человеческой судьбы. В определенный момент каждый из нас сталкивается с каким-либо кризисом: это может быть серьезная болезнь, неудача в карьере или развод; или в данном случае - "нежелательная" беременность. И это событие внезапно открывает человеку его обыкновенность и разрушает убеждение в том, что жизнь будет постоянным и бесконечным подъемом, что она легко управляема. Человек сталкивается с тем, что он должен учитывать последствия своих действий несмотря на внешние способы "контроля" за жизнью.

Работа с клиентом по причинам аборта должна проводиться в нескольких направлениях:

- Работа с причинами аборта.
- Повышение степени осознанности ситуации.
- Формирование позитивного образа будущего.
- Пробуждение материнских чувств.
- Обсуждение экзистенциальных вопросов.

Каждый клиент уникален, как и его жизненная ситуация, поэтому нельзя выстроить универсальную схему проведения беседы. В связи с этим данные блоки могут быть использованы в разной последовательности, в разных комбинациях, некоторые из них могут быть опущены.

Работа с причинами, побуждающими женщину сделать аборт

Нередко в процессе работы мы сталкивались с тем, что женщина не осознает или недостаточно осознает истинную причину аборта. Поэтому сначала необходимо очень подробно (без осуждения или поспешных попыток переубеждения) расспросить женщину о мотивах ее решения сделать аборт, подробно обсудить реакцию близких ей людей на известие о беременности, выяснить, сама ли она приняла это решение либо под давлением мужа/родителей, а потом спросить: "Если бы у Вас была квартира/прочные отношения с мужем, что тогда помешало бы Вам оставить этого ребенка?" В этот момент может выясниться, что причина совсем не та, о которой сначала говорила женщина, и это может оказаться поворотным моментом консультации.

Наиболее распространенными причинами являются:

1. Неуверенность в партнере или его отсутствие. Это одна из самых частых причин

аборта, с которой к тому же сложнее всего работать. Женщины только в единичных случаях рожают "для себя". В основном же женщине хочется, чтобы у ее ребенка был отец, чтобы была моральная и материальная поддержка, она боится, что с ребенком не сможет выйти замуж впоследствии. В такой ситуации психолог должен максимально поддерживать женщину, сказать ей, что ребенок - это не "придаток" к мужчине, что одиночество ей теперь точно не грозит ("Вас ведь уже двое") и что очень много случаев, когда мужчина берет женщину с неродным ребенком и любит его как своего. Если муж есть, но женщина не уверена в прочности этих отношений, то нужно предложить ей семейную психотерапию. Часто хватает даже одной консультации, чтобы гармонизировать отношения супругов настолько, чтобы женщина приняла решение о сохранении беременности.

2. Нежелание отказываться от планов. Каждый человек планирует свою жизнь: кто-то на месяц, кто-то на год, кто-то на десять. Появление ребенка могло бы нарушить эти планы (например, покупку квартиры в кредит), и порой женщина воспринимает беременность как досадное препятствие, которое необходимо устранить. Психолог должен дать понять клиенту, что раз планы мы пишем сами, то, значит, сами способны их изменить. К тому же не обязательно отказываться от них вовсе, можно просто отложить их осуществление. Нужно вместе с женщиной попытаться "вписать" ребенка в уже существующие планы и найти те плюсы, которых она раньше не замечала (например, материнский капитал в дальнейшем мог бы стать существенным вкладом в покупку квартиры).

3. Неудовлетворительное финансовое и жилищное положение. Тяжелое материальное положение - одна из наиболее распространенных причин. Но, как правило, голодная смерть семье женщины не грозит, а что действительно кажется страшным в подобных случаях - это потерять привычный уровень комфорта. Таким образом, страшна не сама жизненная ситуация, толкающая на аборт, а отношение к ней, а это - причина психологического, а не материального плана. Психолог должен изменить отношение клиента к самой ситуации. В подобном случае нужно дать понять, что сам ребенок не требует больших денежных затрат, особенно если пеленки-коляски остались от первого, а финансовые трудности, связанные с уходом матери в декрет, являются всего лишь временными. Нужно помочь клиенту осознать, что, жертвуя материальным благополучием, он приобретает нечто большее, нужно акцентировать его внимание на позитивных сторонах материнства.

4. Страхи, связанные с психотравмирующими ситуациями в прошлом (например, потеря ребенка в период вынашивания или младенчества, тяжелые роды, умственная или физическая неполноценность первого ребенка). Подобные проблемы не решить в ограниченное время доабортного консультирования, поэтому нужно мотивировать клиента на последующие встречи для проведения психотерапии.

"Ваша душевная боль - как открытая рана, если ее не лечить, она будет долго болеть и кровоточить, и если заживет, то со страшным рубцом. Этого никогда не забыть, но облегчить боль, попытаться пережить потерю и возобновить движение по жизни можно с помощью психотерапии. И тогда другой ребенок сможет принести долгожданное счастье".

Если в семье есть ребенок-инвалид, то рождение здорового малыша стало бы для родителей настоящей отдушиной: они бы не так сильно центрировали свое внимание на первенце, смогли бы познать в полной мере радость материнства и отцовства, почувствовали бы себя полноценными родителями.

5. Муж или родители против рождения ребенка. Женщина всегда нуждается в поддержке, а беременная женщина - особенно. Но очень часто мужья боятся ответственности, которую им придется нести, и поэтому начинают настраивать женщину на аборт. Психолог в этом случае должен предложить женщине прийти на прием с мужем. Но, опять-таки, не каждый мужчина отважится прийти на консультацию. Если все же удастся с ним встретиться, нужно поговорить с ним о достоинстве, чувстве собственной

значимости, обсудить его беспокойства, подробно рассказать (а может, даже и показать на видео) о самой операции прерывания беременности и ее последствиях.

Если нет возможности поговорить с мужем, нужно настроить женщину на беседу с ним, отбросив накопившиеся обиды: она сама должна поддержать его, продемонстрировать уверенность в его способности справляться с возникающими трудностями, показать рациональные плюсы рождения ребенка.

В тех случаях, когда родители против появления малыша, можно сказать: "Представьте, что Вашему ребенку уже три года, и он так довел свою бабушку, что она предлагает Вам избавиться от него навсегда, добавляя свое неизменное "Или я, или он!"

#### Повышение степени осознанности ситуации

Многие женщины (особенно с низким интеллектом либо молодые девушки) считают, что эмбрион, выражаясь медицинской терминологией, - это часть их тела, "комочек плоти", "сгусток крови", и они могут распоряжаться им по своему усмотрению, а аборт подобен удалению зуба. Нет понимания того, что нерожденный ребенок - уже человек, а прерывание беременности является лишением его жизни. Женщины полагают, что, узнав о беременности, они могут выбирать - быть беременной или нет. Задача психолога на этом этапе - помочь осознать тот факт, что она уже мама (а если у нее уже есть ребенок, то мама двоих детей), и единственный выбор, который стоит перед ней, - это каким образом ее собственный малыш появится на свет: в процессе родов или в результате аборта.

Нужно рассказать клиенту о том, что новая жизнь появляется в момент оплодотворения яйцеклетки, что на 5-й неделе беременности начинает биться сердце, на 40-й день можно зафиксировать деятельность мозга. Можно использовать наглядные материалы: фотографии младенцев в утробе матери, стадии развития тела ребенка от недели к неделе (эффективным является акцентирование внимания женщины на фотографии ребенка соответствующего срока беременности), фильмы, показывающие внутриутробное развитие ребенка ("Дневники нерожденного младенца" - <http://www.coi.su>).

Если у женщины уже есть дети, то можно провести аналогию: "Этот еще нерожденный ребенок так же реален, как и ваши дети (лучше назвать их по именам), а вы можете представить, что их могло бы не быть?"

"Вашему малышу - 5 недель, и Вы планируете аборт. А если бы это был 9-й месяц беременности, Вы бы смогли это сделать? А если бы это был новорожденный малыш, Вы бы так же легко могли решить его судьбу? Это кажется абсурдным, но при этом речь идет про одного и того же человека, разница только в его возрасте".

Нужно отметить, что повышение степени осознанности ситуации приводит к формированию мотивации на вынашивание беременности прежде всего в тех случаях, когда морально-нравственный уровень развития женщины достаточно высок.

#### Формирование образа будущего

Как правило, женщина, планирующая аборт, имеет либо негативный образ будущего, связанного с рождением ребенка, либо вообще не имеет его. В этом случае ее пугает страх неизвестности, и чаще всего она этого даже не осознает. Она не может или не хочет представить, каким образом изменилась бы ее жизнь, если бы малыш появился на свет. Поэтому необходимо помочь ей сделать это: "Каким Вы видите свое будущее, если оставите ребенка?" Некоторые женщины могут сказать в ответ, что они не думали об этом, тогда нужно попросить их сделать это прямо сейчас и попытаться помочь им в этом. Можно попросить ее составить рассказ в третьем лице, как будто про другую женщину, у которой подобные проблемы. Клиент хоть и понимает, что рассказывает про себя, но говорить ему становится гораздо легче.

Если получился образ в мрачных тонах, то можно спросить: "Можно ли найти в этой картине что-либо позитивное? Давайте подумаем вместе", либо: "А как бы сложилась Ваша жизнь при максимально удачном стечении обстоятельств?" Психолог должен

постараться помочь женщине так проработать позитивный образ будущего, чтобы он зафиксировался в ее сознании. В этом случае значительно уменьшится эмоциональное напряжение, и ей будет гораздо легче изменить свое решение в пользу вынашивания беременности.

#### Пробуждение материнских чувств

Материнский инстинкт, заложенный самой природой и определяющий само предназначение женщины, - основной ресурс в работе психолога по формированию мотивации на сохранение беременности.

Можно прямо спросить у женщины: "Вы планируете аборт, потому что не хотите ребенка, или потому, что не можете себе его позволить?"

Некоторые женщины, хоть и планируют аборт, хотят ребенка. Это видно практически сразу: они много плачут, ситуация аборта для них является крайне критической. В этом случае необходимо более тщательно проработать причины, побуждающие женщину сделать аборт, и максимально поддержать ее, помочь ей найти внутренние ресурсы для принятия сложного для нее решения. В других случаях данному аспекту работы нужно уделить максимальное внимание.

Если у женщины уже есть ребенок, то можно использовать уже имеющийся материнский инстинкт для переноса. Нужно расспросить про позитивные воспоминания о той беременности; о том моменте, когда мать увидела своего малыша; про радости первого года жизни ребенка и более старшего возраста; про самое приятное воспоминание, связанное с ним; про то, что этот ребенок дает ей, ее мужу, их семье и что он для нее значит.

Если детей нет, то можно расспросить про счастливые моменты из детства самой женщины, вспомнить единение с родителями, помочь ей полностью погрузиться в радостные переживания того периода жизни. Затем можно сказать: "Если Вы испытывали в детстве такие счастливые моменты, то Вы сможете подарить все это и своему малышу. Дайте ему возможность испытать счастье быть Вашим ребенком; обнимать Вас; называть Вас мамой; протягивать к Вам ручки, гладить Вас по волосам, когда Вы спите; нуждаться в Вас; улыбаться, когда Вы рядом".

"Сколько людей в этом огромном мире искренне любят Вас? А сколько из них любят Вас безусловно, то есть не за Ваши достоинства, а просто потому, что Вы есть? На это способны только дети, только они любят нас, несмотря на наши ошибки и несовершенства".

#### Экзистенциальный блок

Переходя к этому блоку, психолог должен быть уверен в эмоциональной зрелости клиента, его способности рефлексии, достаточном для этого интеллектуальном уровне. Сначала нужно расспросить женщину о ее планах на ближайший год, на ближайшие пять, десять лет. Затем можно спросить: "К чему Вы стремитесь в конечном итоге?" Чаще всего говорят про счастье, комфорт, благополучие.

"Вы счастливы сейчас? Когда был самый счастливый период в Вашей жизни?" Как правило, самые счастливые периоды в жизни женщины связаны с романтическими переживаниями либо с рождением ребенка, то есть с ощущением присутствия любви в их жизни. Нужно показать женщине ошибочность суждения "комфорт => счастье" и дать ей понять, что любовь и счастье - это две стороны одной медали. "Без любви жизнь становится пустой и безвкусной. А ее отсутствие никогда не компенсируют комфорт и деньги".

Если эта часть работы проводится качественно, неторопливо, вдумчиво, с паузами, то у клиента запустится механизм, который постепенно может перестроить всю систему его ценностей, позволит ему взглянуть по-новому на некоторые вещи, которые казались простыми и обыденными, давно решенными и однозначными. И в этом случае женщина

может прийти к решению об отказе от аборта и найти в себе силы для преодоления трудностей, которые раньше казались ей непосильными.

Работа с пациентками по консультированию до аборта продолжается и после принятия решения о вынашивании беременности. Женщины, отказавшиеся от аборта после консультации специалиста, по желанию получают психологическую помощь на протяжении всей беременности по вопросам семейных отношений, воспитания детей, личностного роста.

При этом акушеры-гинекологи, проводившие диспансеризацию беременных женщин, отмечают стабильное эмоциональное состояние пациенток, позитивный настрой на рождение ребенка и отсутствие сомнений в правильности своего выбора. Очевидно, это связано с тем, что решение было принято осознанно, с принятием ответственности за свой выбор.

#### 8. Техники консультирования <\*>

-----  
<\*> Кочюнас Р. "Основы психологического консультирования". - М., 2000.

Далее будет представлен материал, раскрывающий основные техники консультирования. Этот раздел будет полезен начинающим психологам-консультантам.

##### Слушание клиента

Обычно в процессе беседы собеседники говорят по очереди. Однако в консультировании все происходит иначе, особенно в начале беседы. Здесь вербальная активность консультанта должна быть минимальной, чтобы клиент смог сосредоточить внимание на раскрытии своих проблем и трудностей. Консультант должен не столько говорить, сколько выслушивать. Умение выслушать означает выражение искренней заинтересованности другим человеком.

Существуют два важных аспекта, связанных с этим умением. Во-первых, каждый человек испытывает потребность общаться с другим человеком по важным для него делам. Во-вторых, наша склонность поддерживать других или соглашаться с ними зависит от того, насколько они выслушивают нас. Качество, а точнее, эффективность консультативного взаимодействия в немалой степени зависит от умения выслушать и услышать.

Однако существуют некоторые обстоятельства, мешающие внимательно выслушивать. Часто то, что говорит клиент, не соответствует установке консультанта, и он слушает невнимательно. Широко распространена манера, нередко и в консультировании, когда мы не столько слушаем собеседника, сколько реагируем на его сообщения, в мыслях заранее сформулировав реплики, ответы, вопросы и т.п. Это только видимость слушания. Одним из последствий социального обучения является избегание излишней информации о другом человеке, что иногда побуждает консультанта сопротивляться рассказу клиента о глубоко личных делах, а результат такого сопротивления - опять же невнимательное слушание. Женщина, планирующая прервать беременность, предполагает, какие контраргументы будет приводить консультант, поэтому говорит, как правило, стандартными фразами. В ответ на это консультанту трудно вычленять личностное содержание в сообщении клиента, и он выдает стандартно подготовленную информацию, которая мало связана с переживаниями женщины, в результате чего даже очень ценное в речи консультанта бывает не услышано. Порой рассказываемые клиентом события или затронутые темы вызывают неприятные чувства: тревогу, напряжение. Консультант, стремясь избежать неприятного состояния, может не услышать в повествовании некоторых важных подробностей. Трудности выслушивания вызывают и клиенты, которые непрестанно жалуются на свои проблемы, особенно на социально неизбежные ограничения (ограниченность материальных средств, неустойчивость отношений с партнером и т.п.).

Выслушивание прежде всего представляет собой обратную связь с мыслями и чувствами клиента, побуждает клиента далее говорить о своей жизни, о ее затруднениях и проблемах. И как основной результат - способствует установлению доверительных отношений и более глубокому пониманию клиентом его жизненной ситуации.

В любом случае правильное выслушивание - это активный процесс. Он охватывает все виды ощущений плюс интуиция, отражение и эмпатия. Имеется в виду огромное внимание к деталям, какими бы незначительными они ни были.

О главном терапевтическом смысле правильного выслушивания и значении выслушивания для клиента красиво пишет Карл Роджерс: "В жизни я много раз неожиданно сталкивался с неразрешимыми проблемами, чувствовал себя идущим по кругу, наконец, проникнутый неполноценностью и безнадежностью, полагал, что нахожусь в психозе. В такие моменты я думал, что был бы счастлив, если бы удалось найти людей, которые выслушали бы меня и проявили глубину понимания. Чтобы они выслушивали без оценок и осуждения, не ставя диагноза. Я смог убедиться, что, если при психологическом дискомфорте кто-то выслушивает подобным образом, не принимая на себя ответственности и не стремясь сформировать отношение, чувствуешь себя безумно хорошо. Напряжение сразу спадает. Ранее пугавшие виновность, безнадежность, сумятица становятся приемлемой частью внутреннего мира. Когда меня выслушивали и слышали, я по-новому воспринимал свои переживания и мог продвигаться дальше. Вызывает удивление, что чувства, которые казались ужасными, становятся вполне терпимыми, когда кто-нибудь выслушает, неразрешимые проблемы представляются посильными. Я глубоко ценю чуткое, эмпатическое, внимательное выслушивание".

#### Постановка вопросов

Получение информации о клиенте и побуждение его к самоанализу невозможны без умелого опроса.

Как известно, вопросы обычно разделяются на закрытые и открытые. Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в одном - двух словах, подтверждение или отрицание ("да", "нет"). Например: "Сколько вам лет?", "Вы замужем?", "Сколько раз случались с вами..." и т.п.

Открытые вопросы служат не столько для получения сведений о жизни клиентов, сколько позволяют обсуждать чувства. Открытые вопросы расширяют и углубляют контакт; закрытые вопросы ограничивают его. Первые широко распахивают двери хорошим отношениям, вторые обычно оставляют их закрытыми.

Примеры открытых вопросов: "Что вы теперь чувствуете, находясь на пике жизненно важного решения?". "Что вас тревожит?" и т.п.

Открытые вопросы дают возможность делиться своими заботами с консультантом. Они передают клиенту ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение, т.е. свой внутренний мир.

Выделяют следующие основные моменты консультирования, когда используются открытые вопросы:

1. Начало консультативной встречи ("Какие причины побудили вас к такому решению?", "Каким образом ваш партнер отреагировал на сообщение о беременности?").
2. Побуждение клиента продолжать или дополнять сказанное ("Что вы почувствовали, когда это случилось?", "Что еще вы хотели бы сказать об этом?", "Не можете ли добавить что-нибудь к тому, что сказали?").
3. Побуждение клиента проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы консультант мог лучше их понять ("Не сможете ли вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?", "Вы боитесь, что... Попробуйте представить, что... Каким образом тогда изменится ваша жизнь, отношения с окружающими?").
4. Сосредоточение внимания клиента на чувствах ("Что вы чувствуете, когда рассказываете мне?", "Что чувствовали тогда, когда все это произошло с вами?").

Не следует забывать, что не всем клиентам нравятся открытые вопросы; у некоторых они повышают ощущение угрозы и увеличивают беспокойство. Это не значит, что от таких вопросов следует отказаться, но их надо тщательно формулировать и задавать в подходящее время, когда имеются шансы получить ответ. Учитывая, что женщины, планирующие прервать беременность, являются, как правило, немотивированными клиентами, они могут уклоняться от ответов. Однако и закрытые вопросы не смогут помочь в данном случае.

Хотя постановка вопросов является важной техникой консультирования, однако, как ни парадоксально, в консультировании следует избегать чрезмерного опрашивания. Любой вопрос должен быть обоснован: задавая его, надо знать, с какой целью он задается. Это весьма сложная проблема для начинающего консультанта (или в ситуации, когда клиент сопротивляется процессу консультирования), который нередко слишком беспокоится, о чем же еще спросить клиента, и забывает, что прежде всего клиента надо слушать. Если опрос превратить в основную технику консультирования, то и консультирование превратится в допрос или следствие. В такой ситуации клиент покинет кабинет консультанта с чувством, что был не столько понят и призван к эмоциональному участию в консультативном контакте, сколько допрошен.

Правила, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

1. Вопросы "Кто, что?" чаще всего ориентированы на факты, т.е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов, которые мало способствуют повышению взаимопонимания в беседе.
2. Вопросы "Как?" в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.
3. Вопросы "Почему?" нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них прежде всего и бывают направлены вопросы "Почему?"), обусловленного множеством довольно противоречивых факторов.
4. Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы). Например: "Насколько ясно вы осознаете важность принимаемого решения? Не думали ли вы об этой ситуации в ином ключе?" Клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.
5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках. Клиенту становится неясно, на какой из вариантов надо отвечать. Подобное поведение консультанта при постановке вопросов свидетельствует о его тревоге. Консультант должен озвучивать только окончательные варианты вопроса.
6. Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос: "Все ли хорошо ладится?" - чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. В этом случае лучше задать открытый вопрос: "Как обстоят дела дома?" В подобных ситуациях клиенты нередко пользуются возможностью дать неопределенный ответ, например: "Неплохо". Консультанту нужно уточнить ответ другим вопросом такого типа: "Что для вас значит 'неплохо'?" Это очень важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание.

#### Ободрение и успокаивание

Эти техники очень важны для создания и укрепления консультативного контакта.

Приободрить клиента можно краткой фразой, означающей согласие и (или) понимание. Такая фраза побуждает клиента продолжить повествование. Например: "Продолжайте", "Да, понимаю", "Хорошо", "Так" и т.п. Довольно распространена выражающая одобрение реакция: "Ага", "М-мм". В переводе на язык речи эти частицы означали бы:

"Продолжайте, я нахожусь с вами, я внимательно слушаю вас". Ободрение выражает поддержку - основу консультативного контакта. Атмосфера поддержки, в которой клиент чувствует себя свободно, позволяет исследовать возбуждающие тревогу аспекты самости, что особенно рекомендуется в ориентированном на клиента консультировании.

Другим важным компонентом поддержки клиента является успокаивание, которое вместе с ободрением позволяет клиенту поверить в себя. Это тоже короткие фразы консультанта, выражающие согласие: "Я хорошо вас понимаю", "В данной ситуации каждая женщина чувствует сильное смятение", "Это будет нелегко", "Я знаю, что будет не всегда легко, но вы увидите, что это стоит ваших моральных и физических усилий" и т.д.

Отражение содержания: перефразирование и обобщение

Чтобы отражать содержание признаний клиента, необходимо перефразировать его высказывания или обобщить несколько высказываний. Клиент таким образом убеждается, что его внимательно выслушивают и понимают. Отражение содержания помогает и клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках. Это наиболее широко используемая техника консультирования независимо от теоретической ориентации консультанта.

Перефразирование наиболее приемлемо в начале консультирования, потому что побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы.

Однако, с другой стороны, оно недостаточно углубляет беседу. Выделяют три основные цели перефразирования:

- показать клиенту, что консультант очень внимателен и пытается его понять;
- выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде;
- проверить правильность понимания мыслей клиента.

При перефразировании надо помнить три простых правила:

1. Перефразируется основная мысль клиента.
2. Нельзя искажать или заменять смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя.
3. Надо избегать попуайства, т.е. дословного повторения высказывания клиента; желательно мысли клиента выражать своими словами.

Хорошо перефразированная мысль клиента становится короче, яснее, конкретнее, а это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать.

Пример перефразирования.

Клиент. Я не знаю, как жить дальше. Сначала думаю, что нужно рожать, а в другой момент - мне еще учиться, да и родители против...

Консультант: У вас происходит внутренняя борьба по поводу принятия жизненно важного решения, и вам трудно решить, какой из двух путей выбрать, особенно когда не все ваши близкие поддерживают вас.

В обобщении выражается основная идея нескольких мало связанных между собой утверждений или долгого и запутанного высказывания. Обобщение помогает клиенту систематизировать свои мысли, вспомнить то, что было сказано, побуждает к рассмотрению значимых тем и способствует соблюдению последовательности консультирования. Если перефразирование охватывает только что высказанные утверждения клиента, то обобщению подлежит целый этап беседы или даже вся беседа. Ситуации, в которых чаще всего используется обобщение:

- когда консультант хочет структурировать начало беседы, чтобы объединить ее с прежними беседами;
- когда клиент говорит очень долго и запутанно;
- когда одна тема беседы уже исчерпана и намечается переход к следующей теме или к следующему этапу беседы;
- при стремлении придать некое направление беседе;
- в конце встречи при стремлении подчеркнуть существенные моменты беседы и дать



задание на промежуток времени до следующей встречи.

### Отражение чувств

Эмоции, чувства в консультировании и психотерапии - как кровь в хирургии: они неизбежны и выполняют очистительную функцию, стимулируют заживление. Чувства очень важны в процессе консультирования, но не являются самоцелью, хотя достижению целей помогают именно сильные чувства: страх, боль, тревога, жалость, надежда и др. Познание и отражение чувств клиента представляются одной из главнейших техник консультирования. Эти процессы больше, чем техника, они - неременная составляющая отношений двух людей. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных клиентом мыслей, разница лишь в том, что в последнем случае внимание сосредоточивается на содержании, а при отражении чувств - на том, что скрыто за содержанием. Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, но ориентируется и на чувства, выраженные клиентом в признаниях.

Важно обратить внимание на баланс фактов и чувств в консультативной беседе. Нередко, поддавшись страсти выпрашивания, консультант начинает игнорировать чувства клиента.

Например,

Клиентка: Мы с мужем дружим с детства и после окончания университета поженились. Я думала - какой замечательной будет супружеская жизнь! Но все оказалось совсем не так...

Консультант: Сколько лет вы в браке?

В этом случае создается впечатление, что консультанта больше интересует формальный факт продолжительности брака, а не то, как клиентка переживает свою супружескую жизнь. Продолжение беседы могло бы быть явно продуктивнее, позволив консультанту продолжать признание или, уловив удлинненную паузу, задать он вопрос: "Что для вас значит "совсем не так"?"

В консультировании существует правило, что при вопросе о чувствах клиент часто рассказывает факты из жизни, но когда мы спрашиваем только о событиях жизни, практически нет никаких шансов услышать что-либо о чувствах. Это правило ясно указывает на приоритет вопросов о чувствах и на существенную роль отражения чувств в консультировании. Таково необходимое условие поддержания консультативного контакта в ориентированной на клиента терапии.

Отражая чувства клиента, консультант концентрирует внимание на субъективных аспектах его признаний, стремясь помочь клиенту разобраться в своих чувствах и (или) испытать их полнее, интенсивнее, глубже. Отражение чувств означает, что консультант является как бы зеркалом, в котором клиент может увидеть смысл и значение своих чувств. Отражение чувств способствует возникновению межличностного эмоционального контакта, потому что показывает клиенту, что консультант старается познать его внутренний мир. Эффективное отражение чувств помогает клиенту лучше разобраться в своих нередко противоречивых чувствах и тем самым облегчает разрешение внутренних конфликтов.

Желание отражать чувства предполагает их распознавание. Для этого необходимо обращать внимание не только на содержание рассказа клиента, но и на его эмоциональный тон, позу, выражение лица. Также важно помнить, что чувства могут таиться не только в том, что рассказано, но и в том, что не рассказано, поэтому консультант должен быть чутким к различным намекам, умалчиваниям, паузам. Отражая чувства, следует учитывать все эмоциональные реакции клиента - положительные, отрицательные (пример отражения отрицательного эмоционального состояния клиента: "Мне кажется, что вы напряжены так, как будто готовитесь к обороне") и амбивалентные; направленные на самого себя, других людей и консультанта. Для точного отражения чувств важно использовать многие понятия, определяющие разнообразные чувственные

нюансы.

В консультировании важно не только отражение чувств, но и обобщение их. Оно позволяет определить эмоциональный тон беседы, синтезировать эмоциональные аспекты опыта клиента. Очень часто в беседе мы сталкиваемся с противоречивыми, а иногда и с полярными чувствами по отношению к значимым для клиента ситуациям или объектам любви. Здесь очень ценно обобщение чувств для показа клиенту действительного единства противоположностей в эмоциональной сфере.

Говоря о чувствах в консультировании, можно сформулировать несколько обобщающих принципов, охватывающих не только отражение чувств клиента, но и выражение чувств консультантом:

1. Консультант обязан как можно полнее и точнее идентифицировать чувства как свои, так и клиентов.
2. Не обязательно отражать или комментировать каждое чувство клиента: любое действие консультанта должно быть целесообразным в контексте процесса консультирования.
3. Обязательно обращать внимание на чувства, когда они:
  - вызывают проблемы в консультировании;
  - могут поддержать клиента, помочь ему.

В первом случае особенно выделяются страх, тревога, злость, враждебность. Например, озлобленность клиента может блокировать нормальное общение, поэтому следует обратить его внимание на это чувство, чтобы обсуждение способствовало устранению препятствия для поддержания консультативного контакта. Такое обсуждение имеет смысл и для клиента, поскольку помогает ему допустить нормальность своих отрицательных чувств, а также уменьшить их интенсивность. Важно помочь клиенту выразить отрицательные чувства еще и потому, что самому клиенту легче контролировать открыто выраженные чувства.

Например: "Вам нелегко было прийти для обсуждения этого вопроса, вероятно, вы вообще не хотите сейчас ничего обсуждать. (Далее - другая техника: убеждение.) Однако каждая встреча людей может иметь большой смысл, и от вашей активности зависит, насколько вы сможете использовать потенциал этой встречи".

Во втором случае мы оказываем клиенту эмоциональную поддержку.

Например: "Вы испытываете облегчение, разрешив себе рассмотреть альтернативу и осознав, что вы в большей степени определяете свою жизнь, чем думали ранее. Несмотря на то что объективные трудности никак не изменились, Вы чувствуете большую уверенность в своих силах".

4. Консультант обязан выражать также собственные чувства, возникающие в ситуации консультирования. Их возникновение представляет собой своеобразный резонанс на переживания клиентов. Что наиболее лично, то наиболее общо. Вслушиваясь в свои чувства, возникающие в ходе консультирования в качестве реакции на поведение клиента, консультант может получить о нем много ценной информации. Выражение чувств помогает поддерживать глубокий эмоциональный контакт, в условиях которого клиент лучше понимает, как другие люди реагируют на его поведение.

Например: "Я тоже испытываю некоторое смущение и даже тревогу, затрагивая столь значимые для вас вопросы, но уж лучше проговорить эту проблему, нежели она в виде малоприятных эмоций останется внутри вас".

5. Порой надо помочь клиентам контролировать свои чувства, особенно когда они слишком интенсивны. Это касается как положительных, так и отрицательных чувств.

#### Паузы молчания

Большинство людей испытывает смущение, когда обрывается беседа и стоит тишина. Она кажется бесконечно долгой. Так же и в ситуации консультирования женщин, берущих направление на аборт, консультант чувствует себя неуютно при возникновении в беседе паузы, поскольку ему кажется, что он постоянно должен что-то делать. Однако умение

молчать и использовать тишину в терапевтических целях - один из важнейших навыков консультирования. Хотя тишина в консультировании иногда означает нарушение консультативного контакта, тем не менее она бывает и глубоко осмысленной. Как известно каждому из повседневной жизни, хорошим друзьям не обязательно все время разговаривать, а влюбленные много времени проводят в молчании, что свидетельствует лишь о глубине их отношений. Для консультанта, научившегося быть чутким к различным смыслам тишины, вообще к тишине и научившегося сознательно создавать и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно терапевтически ценным, ибо оно:

- увеличивает эмоциональное взаимопонимание консультанта и клиента;
- предоставляет возможность клиенту погрузиться в себя и изучать свои чувства, установки, ценности, поведение;
- позволяет клиенту понять, что ответственность за беседу лежит на его плечах.

Хотя спектр смыслов тишины в консультировании довольно широк, обычно различают содержательное и бессодержательное молчание. В последнем случае увеличивается тревога клиента, он не может усидеть на месте, начинает нервничать.

Каковы важнейшие смыслы молчания в консультировании?

1. Паузы, особенно в начале беседы, могут выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования.
2. Молчание далеко не всегда означает отсутствие реальной активности. Во время пауз клиент может искать нужные слова для продолжения своего повествования, взвешивать то, о чем шла речь перед этим, пытаться оценить возникшие во время беседы догадки. Консультанту также нужны паузы для обдумывания прошедшей части беседы и формулировки важных вопросов. Периодические паузы делают беседу целенаправленной, так как в это время мысленно выявляются существенные моменты беседы, резюмируются основные выводы. Паузы помогают не пропускать важных вопросов.
3. Молчание может означать, что и клиент, и консультант надеются на продолжение беседы со стороны друг друга.
4. Пауза молчания, особенно если она субъективно неприятна как клиенту, так и консультанту, может означать, что оба участника беседы и вся беседа оказались в тупике и происходит поиск выхода из создавшейся ситуации, поиск нового направления беседы.
5. Молчание в некоторых случаях выражает сопротивление клиента процессу консультирования. Тогда оно по отношению к консультанту имеет манипулятивный смысл. Здесь клиент ведет игру: "Я могу сидеть как камень и посмотрю, удастся ли ему (консультанту) сдвинуть меня".
6. Иногда паузы возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных и значительных вопросов, которые, однако, увеличивают тревогу клиента.
7. Молчание иногда подразумевает глубокое общение без слов, оно тогда более осмысленно и красноречиво, чем слова.

Паузы в консультировании поднимают вопрос: должен ли их прерывать сам консультант? Распространено мнение, что консультант должен прерывать пустое молчание и не спешить прерывать продуктивное молчание. Когда клиент умолкает и молчание длится долго, уместно замечание консультанта: "Вы молчите... Не хотели бы поделиться тем, что сейчас чувствуете?" или "Что важное для себя вы слышите в этом молчании?" Вместе с тем не следует забывать, что клиент сам отвечает за прекращение молчания.

#### Представление информации

Цели консультирования достигаются также посредством представления клиенту информации: консультант высказывает свое мнение, отвечает на вопросы клиента и информирует его о разных аспектах обсуждаемых проблем. Достаточно подробно специфика представления информации по вопросам аборта отражена в первой части

пособия.

### Конфронтация

Каждый консультант время от времени вынужден в терапевтических целях вступать в конфронтацию с клиентами. Конфронтацию определяют как всякую реакцию консультанта, противоречащую поведению клиента. Чаще всего противостояние бывает направлено на двойственное поведение клиента: увертки, игры, хитрости, извинения, пускание пыли в глаза, т.е. на все то, что мешает клиенту увидеть и решить свои насущные проблемы. Конфронтацией добиваются показа клиенту способов психологической защиты, используемых в стремлении приспособиться к жизненным ситуациям, но которые угнетают, ограничивают становление личности. В центре конфронтации обычно оказывается стиль межличностного общения клиента, отражающийся в консультативном контакте. Консультант обращает внимание на приемы, с помощью которых клиент старается избежать обсуждения важных в консультировании тем, искажает злободневность своих жизненных ситуаций и т.п.

Выделяют три основных случая конфронтации в консультировании:

1. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на противоречия в его поведении, мыслях, чувствах или между мыслями и чувствами, намерениями и поведением и т.п. В этом случае можно говорить о двух ступенях конфронтации. На первой констатируется определенный аспект поведения клиента. На второй противоречие чаще всего представляется словечками "но", "однако". В противоположность интерпретации при конфронтации прямо указывается на причины и истоки противоречий. Конфронтацией такого типа стараются помочь клиенту увидеть само противоречие, которого он раньше не замечал, не хотел или не мог заметить.

Например,

Клиент: Я все хорошо продумала и все решила. Я знаю, какие последствия могут быть для моего здоровья, и вообще...

Консультант: Да, я чувствую вашу твердость, однако вы все же решили прийти для беседы, значит, какие-то сомнения и желание честно сказать себе: "Я сделала все, что могла" все же есть.

2. Конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности вопреки представлению о ней клиента в контексте его потребностей. Например, клиентка жалуется: "Мой муж нашел работу, связанную с длительными командировками, потому что не любит меня". Реальная ситуация такова, что муж поменял работу по требованию жены после долгих ссор, поскольку на прежней работе он мало зарабатывал. Теперь муж зарабатывает достаточно, однако редко бывает дома. В данном случае консультант должен показать клиентке, что проблема состоит не в любовных отношениях, а в финансовом положении семьи, необходимости, чтобы муж больше зарабатывал, хотя из-за этого он вынужден часто бывать в отъезде. Клиентка не оценивает усилий мужа добиться большого благосостояния семьи и трактует ситуацию удобным для себя способом.

3. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на его уклонение от обсуждения некоторых проблем. Например, консультант высказывает клиенту удивление: "Вы основательно рассмотрели ситуацию со своей стороны. Однако всякий раз, когда мы приближаемся к тому, что есть еще и ребенок, вы уходите в сторону".

Конфронтация является сложной техникой, требующей от консультанта утонченности и опыта. Она часто воспринимается как обвинение, поэтому применима лишь при достаточном взаимном доверии, когда клиент чувствует, что консультант понимает его и заботится о нем. Для правильного использования техники конфронтации важно знать и понимать ее ограничения.

1. Конфронтацию нельзя использовать как наказание клиента за неприемлемое поведение. Это не средство выражения консультантом враждебности.

2. Конфронтация не предназначена для разрушения механизмов психологической защиты клиентов. Ее назначение - помочь клиентам распознать способы, которыми они защищаются от осознания реальности. Стил психологической защиты многое говорит о личности клиента, и здесь важнее понимание, а не разрушение, которое раздражает клиента и вызывает его сопротивление.

3. Конфронтацию нельзя использовать для удовлетворения потребностей или самовыражения консультанта. Консультирование - не та ситуация, где консультант должен демонстрировать свои мудрость и силу в целях самовозвеличивания. Задача консультанта - не победить клиента, а понять его и оказать помощь. Неправильное применение техники конфронтации часто свидетельствует о том, что в процессе консультирования специалист решает личные проблемы.

Дополняя перечисленные правила, хотелось бы подчеркнуть, что конфронтация с клиентом ни в коем случае не должна быть агрессивной и категоричной. Желательно чаще использовать фразы: "Мне кажется", "Пожалуйста, попробуйте объяснить", "Если я не ошибаюсь", которые выражают определенные сомнения консультанта и смягчают тон конфронтации.

Как отдельный вариант конфронтации заслуживает внимания прерывание повествования клиента. Позволив клиенту свободно рассказывать, консультант не должен забывать, что не все сведения одинаково важны, что некоторые темы или вопросы следует углубить. Прерывание клиента возможно, когда он перескакивает на другие проблемы, не исчерпав предыдущих. Если клиент изменил тему, консультант может вмешаться с замечанием: "Я заметил, что вы изменили тему. Специально ли вы сделали это?" Однако частое прерывание повествования рискованно. Когда мы не позволяем клиенту рассказывать так, как ему хочется, то обычно не достигаем желаемого. Большинство клиентов склонно поддаваться руководству консультанта, поэтому постоянное прерывание порождает зависимость, и тогда трудно рассчитывать на откровенность.

#### Заключение

Данные, полученные Красноярским филиалом Центра национальной славы и Главным управлением здравоохранения администрации г. Красноярска при проведении психологического доабортного консультирования в женской консультации N 1 МУЗ РД N 4 в период с 2007 по 2009 год, дают основания утверждать, что решение о сохранении беременности готовы принять от 15 до 20% женщин, пришедших за направлением на аборт. С сентября 2009 года во всех 12 женских консультациях г. Красноярска открыты службы медико-социально-психологической помощи.

Предварительные данные по г. Красноярску за 4-й квартал 2009 года подтверждают общую тенденцию, выявленную при проведении психологического доабортного консультирования в женской консультации N 1 МУЗ РД N 4, а именно готовность каждой шестой женщины изменить свое решение и сохранить беременность.

По итогам 2010 года будет получена статистическая информация и представлен полный аналитический отчет, подтверждающий выявленную закономерность и позволяющий оценить эффективность проводимой работы в масштабах муниципалитета.

Авторскому коллективу известно, что в некоторых регионах и муниципальных образованиях в 2010 году планируется работа по организации работы психологов для оказания медико-психологической помощи женщинам.

Опыт, наработанный в Красноярске, может помочь психологам, врачам акушерам-гинекологам, и организаторам здравоохранения в других регионах, т.к. он позволит избежать некоторых трудностей, возникающих на начальном этапе.

Безусловно, работа по внедрению в практику муниципальных учреждений здравоохранения психологического консультирования женщин, решающих вопрос о сохранении или прерывании беременности, требует всесторонней подготовки. На получение первых результатов уходит от трех до шести месяцев. И в то же время это

самый эффективный путь преодоления демографического кризиса в России. Из числа женщин, идущих на аборт, 15-20% готовы изменить свое решение. Увеличение рождаемости на 15-20% - это показатель, которого невозможно добиться пропагандой родить еще одного ребенка или материальными стимулами, тем более в столь короткие сроки.

Предлагаемые Вашему вниманию методические рекомендации в ходе практической реализации и накопления дополнительного опыта, возможно, потребуют доработки и улучшения. С предложениями и пожеланиями просим обращаться по адресу электронной почты: [info@coi.su](mailto:info@coi.su).

Авторский коллектив будет признателен за любую информацию о практической деятельности психологов, проводящих доабортное консультирование, эффективности подобной работы и полученных результатах.

Методические рекомендации и приложения к ним в электронном виде размещены на сайте: [www.coi.su](http://www.coi.su).

Рекомендуемая литература для самостоятельного изучения  
по теме "Методы беседы в психологии"

1. Айламазян А.М. Методы беседы в психологии - М.: Смысл, 1999.
2. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование - М.: Класс, 2005.
3. Атватер И. Я вас слушаю - М.: Экономика, 1988.
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования - М: Академпроект, 1999.
5. Лаундес Л. Как говорить с кем угодно и о чем угодно - М.: 2002.
6. Психологическое консультирование и психотерапия/ООО/"Вопросы психологии". - 2004. - N 1.
7. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека - М.: Прогресс, 1994.
8. Роджерс К. Консультирование и психотерапия - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
9. Сатир В. Психотерапия семьи - СПб.: Ювента, 1999.
10. Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование - М.: Издательский дом "Вильямс", 2006.
11. Флоренская Т.А. Мир дома твоего. Человек в решении жизненных проблем. - М.: Русский Хронограф, 2009.

Приложение № 5  
к приказу Государственного  
комитета Псковской области  
по здравоохранению и фармации  
от 04.05.2016 № 427

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



В.И. Скворцова

2009 год

Организация работы  
психотерапевтического кабинета  
в женской консультации

Методические рекомендации  
06/370/855

Москва - 2009

Методические рекомендации раскрывают принципы перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, включают описание оснащения и оборудования психотерапевтического кабинета в женской консультации, определяют направления, объём и содержание диагностической, психопрофилактической и психотерапевтической работы медицинского психолога и врача психотерапевта в женской консультации.

Методические рекомендации разработаны для руководителей женских консультаций, медицинских психологов, врачей-психотерапевтов.

Работа выполнена по Государственному контракту 06/370 от 02.06.2008 г. в рамках подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы № 06/370/855 «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)».

### Организационно-исполнители:

- Федеральное государственное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»;
- Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

### Авторы:

- И.В. Добряков – сопредседатель секции перинатальной психологии Российского психологического общества, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПбМАПО, к. м. н.;
- Е.В. Макушкин – Главный внештатный детский специалист психиатр Минздравасоцразвития России, зам. Директора ГНЦСП Росздрава, д.м.н., профессор;
- Е.М. Костерина – психолог родильного дома №1 г. Курган



Теперь, пожалуйста, перенесите результаты в следующую таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру, а в предыдущих трех блоках и подсчитайте количество ответов в каждой колонке.

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	4	5
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего						

### КЛЮЧ

		О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I к беременности	4	2	1	3	5
	II к образу жизни	2	3	4	1	5
	III к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношения в системе «мать-дети»	I к себе - матери	5	3	4	1	2
	II к ребёнку	1	4	2	3	5
	III к грудному вскармливанию	3	1	2	4	5
В. Отношение к отношению окружающих	I к мужу	3	2	1	5	4
	II к близким	1	4	2	5	3
	III к посторонним	5	4	3	2	1
Всего:						

### Список сокращений:

ЖК - женская консультация;  
 ПНП - первично-направительные расстройства;  
 ПКСД - перинатально-психический синдром;  
 ПП - перинатальная психология;  
 ТОБ - Тест Отношений Беременной

## Введение

Высокая рождаемость не всегда сопутствует высокому уровню жизни в стране. Напротив, в экономически развитых государствах рождаемость и прирост населения значительно ниже, чем в странах с развивающейся экономикой. Поэтому на улучшение демографических показателей можно рассчитывать, только реализовав на государственном уровне комплекс мер, направленных как на улучшение уровня жизни, так и на решение индивидуальных психологических проблем, препятствующих деторождению. В связи с этим 30.03.2006 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ №223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации»\*. В нём в пункте 7 дана рекомендация включать в структуру женской консультации (ЖК) кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам и кабинет психотерапевта (медицинского психолога). Однако дефицит медицинских психологов и психотерапевтов, получивших тематическое усовершенствование в области перинатальной психологии (ПП) и психотерапии, а также с отсутствием общепринятых чётких дефиниций, определённости условий, содержания и принципов их деятельности, специального психологического инструментария, привело к тому, что выполнение этого приказа сталкивается с трудностями. Это определяет актуальность создания методических рекомендаций по организации работы психотерапевтического кабинета в ЖК.

Целью разработки таких рекомендаций является создание авторитетной работы медицинского психолога и психотерапевта в ЖК.

Задачи, которые при этом требуют решения, следующие:

- определить особенности и сформулировать принципы перинатальной психологической и психотерапевтической помощи;
- дать рекомендации по оснащению и оборудованию психотерапевтического кабинета в ЖК;
- раскрыть особенности диагностической работы в психотерапевтическом кабинете в ЖК;
- определить направления, объём и содержание психопрофилактической работы психолога в ЖК;
- определить характер и содержание психокоррекционной и психотерапевтической работы в ЖК.

\* Приказ № 223 издан в упрощённом виде. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи осуществляется по утверждённому приказу Минздрава Министерства России от 2 октября 2009 г. № 809н, в пункте 8 приложения №1, которого также рекомендуется включать в структуру женской консультации среди прочих кабинетов акушерско-гинекологического кабинета (гинекологического психолога); социального работника; психопрофилактического кабинета; кабинета беременности к родам.

## Блок В

I	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне
	5	Воюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении
	3	Большинство близких мне людей не одобряет то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	4	Мне нелегко, замечаю окружающие или нет, что я «в положении»
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»

## Блок Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью
	5	Я полагаю, что если постараться, то смогу стать хорошей матерью
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает все, о чем я думаю
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью

## 1. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ (ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ, ПРИНЦИПЫ)

Трактовка термина «перинатальный», охватывающая круг проблем, связанных с перинатальными психологами и психотерапевтами, в психологии несколько отличается от трактовки принятой в акушерстве.

Акушеры и неонатологи считают, что перинатальный период начинается с 28-й недели беременности (когда вес плода достигает 1000 грамм и более, а рост 35 сантиметром и более), включает период родов и заканчивается к концу 7 суток жизни новорожденного.

Если строго руководствоваться этим определением, то объектами внимания перинатальных психологов окажутся только плод, а затем новорожденный. При этом нарушается основной принцип диалектического подхода. В настоящее время психологами подвергаются ревизии приведенные определения перинатального периода. С точки зрения перинатальных психологов перинатальный период включает в себя весь пренатальный период, сами роды и определенный период времени после рождения. Такое представление соответствует этимологическому значению понятия (греч.: peri- вокруг; lat.: patus - рождение), расширяет терапевтическую временную перспективу.

Таким образом, в ПП и психотерапии продолжительность перинатального периода определяется временем, в течение которого существует система мать-дитя. Эта система характеризуется следующими признаками: наличие симбиотической связи матери и ребенка; несамостоятельность психики ребенка, зависимость её от особенностей материнских психических функций; отсутствие у ребенка самосознания, то есть, неспособность его выделять себя из окружающего мира, строить четкие телесные границы и границы психики.

Все эти признаки можно обнаружить примерно до трех лет жизни ребенка. В этом возрасте у ребенка появляется самосознание, система мать-дитя прекращает своё существование.

Перинатальная психология это область клинической (медицинской) психологии, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы мать-дитя, закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью, решающая комплексные задачи в системе охраны здоровья материнства и детства.

## Блок А

- Деятельность перинатального психолога должна быть направлена:
  - на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей женщин и мужчин в период планирования беременности, во время беременности, родов и в послеродовом периоде;
  - на создание оптимальных условий развития на ранних этапах онтогенеза;
  - на психопрофилактику и на охрану психического здоровья матери и ребёнка.
- Объекты перинатальной психологии:
  - длительные системы (беременная женщина-пренат, мать-дитя);
  - семья, как система в период ожидания рождения ребёнка, в раннем постнатальном периоде.
- Предмет перинатальной психологии:
  - развитие психических процессов на ранних этапах онтогенеза;
  - социально-психологические феномены, происходящие у женщин и мужчин в связи с их репродуктивной функцией;
  - психологические особенности отношений в семье, ожидающей рождения ребёнка, имеющих маленького ребёнка;
  - психосоматические расстройства, связанные с репродуктивными процессами.

По законам Российской Федерации психолог занимается психотерапией права не имеет. При необходимости перинатальной психотерапевтической помощи оказывать её должен врач-психотерапевт.

Перинатальную психотерапию можно определить как систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребёнка в антенатальном (терминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организм женщины и ребёнка.

Объекты, предметы профессиональной деятельности перинатального психолога и психотерапевта в основном совпадают. Однако к предметам профессиональной деятельности перинатального психотерапевта следует добавить нервно-психические расстройства, связанные с репродуктивным процессом и требующие лечения. Виды деятельности перинатального психотерапевта также во многом совпадают с видами деятельности перинатального психолога, но к ним добавляется собственно психотерапия.

К особенностям ПП и психотерапии на современном этапе её развития в Российской Федерации следует отнести:

1	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что беременна
	5	Я очень расстроена, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от моих планов, теперь не судится сбыться многим моим надеждам
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно, и не испытываю особого страха перед ними
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневалась в их плохом исходе
	5	Я думаю о родах как о предстоящем празднике

## Приложение

### Тест отношений беременной

Ваши данные:

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

№ беременности \_\_\_\_\_ Срок беременности \_\_\_\_\_

Фамилия ведущего врача \_\_\_\_\_

#### Инструкция

Просим Вас отметить номер одного из пяти утверждений, представленных в блоках, наиболее полно отражающее Ваше состояние.

- личностный характер объекта психокоррекционного и психотерапевтического воздействия (темы «беременность-пренаталь» или «мать-дитя»);
- семейный характер проблем, которые она предназначена решать;
- низкий уровень осведомленности пациентки, нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, о возможности ее получения;
- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, формирования у них мотивации на ее получение;
- врожденный, психологический и дидактический характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психокоррекции и психотерапии;
- практическое отсутствие правовых основ и практических разработок по оказанию психологической и психотерапевтической помощи в случае перинатальных потерь;
- последовательную смену задач перинатальной психокоррекции и психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции;
- необходимость тесного сотрудничества перинатального психолога, психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, неврологами и др.);
- предпочтение краткосрочных психокоррекционных и психотерапевтических методов;
- дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психологии и психотерапии;
- недостаточное количество грамотных перинатальных психологов и психотерапевтов;
- профилактическую направленность ПП и психотерапии.

Отсутствие квалифицированных специалистов в области ПП и психотерапии приводит к гиподиагностике нервно-психических расстройств у беременных женщин. Если они все-таки обнаруживаются, то акушерами-гинекологами, терапевтами, невропатологами, как правило, назначается медикаментозное лечение (чаще всего, седативные препараты), побочные действия которых на беременность и развивающийся плод нежелательны. Именно психологические воздействия и психотерапия являются альтернативой фармакотерапии. Принципы взаимоотношений медикаментозных и психокоррекционных, психотерапевтических вмешательств в акушерстве следующие:

- чем меньше срок беременности, тем чаще выбор между медикаментозным лечением и психотерапией должен быть в пользу последней;
- использование минимальных доз препаратов с постепенным острым повышением их при отсутствии эффекта;
- стремление к прекращению медикаментозной терапии при возможности эффективного психотерапевтического воздействия;
- чем острее и тяжелее экстрагенитальная и/или генитальная патология пациентки, тем больше оснований для назначения медикаментов и меньше использование психотерапии;
- при купировании острой патологии, улучшении соматического состояния пациентки возрастает роль психокоррекционной работы и психотерапевтического вмешательства;
- при резистентности к проводимой психокоррекции, психотерапии беременным женщинам с нервно-психическими расстройствами следует не пропускать те же психокоррекционные мероприятия, а попробовать иные способы психологического воздействия и при отсутствии эффекта подключить медикаментозную терапию. Психологи в этом случае обязаны рекомендовать консультацию психотерапевта или психиатра.

## II. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Решение правительства создавать при ЖК психотерапевтические кабинеты делает доступной психологическую и психотерапевтическую перинатальную помощь, население, открывает новые перспективы её развития. Успешность претворения в жизнь этого решения во многом зависит от правильной организации работы кабинета.

- В психотерапевтическом кабинете ЖК могут работать:
- медицинский психолог — специалист с высшим психологическим образованием, получивший дополнительную подготовку в учреждении или на факультетах последипломного образования по медицинской психологии и тематическое усовершенствование по перинатальной психологии;
- врач-психотерапевт, прошедший в учреждении последипломного образования цикл тематического усовершенствования «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия».

- способствуют гармонизации отношений супругов;
- формируют оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям;
- способствуют выбору гуманных конструктивных вариантов семейного воспитания.

### Профилактика абортов и отказов от детей

Настроенность женщин на прерывание беременности или на отказ от ребенка после родов является показанием для консультации психолога. Принимать их следует принимать вне очереди. Если есть возможность, желательно привлечение к консультированию партнера, членов семьи. Если женщина несовершеннолетняя, привлечение к консультации родителей является обязательным. Нужно учитывать, что если женщина сохраняет беременность под давлением окружающих, ей требуется дополнительная психологическая поддержка.

В процессе консультации женщины, собирающейся сделать аборт, нужно обсудить как последствия такого шага, так и возможные перспективы сохранения беременности. Консультирование по подобным вопросам проводится доброжелательно, с подчеркиванием нейтральной позиции консультанта, без оценок моральных или религиозных ценностей женщины. Она должна чувствовать, что сохранение беременности любой ценой не является непреклонной целью, об отказе от ребенка психолог обязан предупредить как о медицинских, так и о психологических возможных последствиях, информировать о возможности прохождения реабилитации, упомянуть о необходимости консультации врача по вопросам последующей контрацепции.

Грамотная организация и работа психотерапевтического кабинета в ЖК способны значительно улучшить состояние здоровья женщин, сократить количество осложнений в течении беременности и родов, являются первичной профилактикой развития НПП у детей раннего возраста.

## Подготовка к партнёрским родам как профилактика осложнений

Согласно рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения во время родов не только вполне допустимо, но и желательно присутствие кого-нибудь из близких. Подобная практика получила название партнёрских родов. Правильно проводимые партнёрские роды обеспечивают благоприятный эмоциональный фон, снижают количество осложнений. Если совсем неподготовленный или неверно подготовленный мужчина оказывается свидетелем процесса родов, его присутствие может оказаться даже вредным. При обсуждении вопроса о присутствии на родах мужа, важно учесть в какие периоды родов женщина особо нуждается в помощи близкого человека.

У женщин, рожавших своего первенца, с момента появления первых признаков родов до рождения плаценты, знаменующего их окончание, проходит примерно 15-20 часов. У повторнородящих этот срок меньше на одну треть или вдвое. В течение этого времени периоды относительного покоя и ожидания прерываются схватками. Именно в это время женщина может почувствовать себя очень одинокой и несчастной. Присутствие рядом мужа, который уверен в своей жене, не суетится, может быть как нельзя кстати. Его задача - развлечь рожающую разговором, попутить, подбодрить. Во время второго периода - периода изгнания возможность мужчины быть полезным минимальна, он может даже мешать. Поэтому мужчинам рекомендуется подождать за дверью, пока не раздастся крик ребёнка.

В третьей стадии родов происходит рождение плаценты, однако мать уже всё внимание сосредоточила на ребёнке. Очень важно, чтобы её радость уже в самые первые мгновения общения с младенцем разделял муж. Не только для младенца, но и для матери, а также и для отца (если только он был настоящим партнёрсом жены в этом процессе) сразу после родов наступает короткий период импринтинга, то есть особой чувствительности, в течение которого они способны к моментальному запечатлению, сопровождающемуся эмоциями высокого накала. При правильной организации и подготовке партнёрские роды имеют ряд преимуществ:

- создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплекса;
- экономически выгодны (требуют меньшего количества медикаментов, реже возникает необходимость оперативного родоразрешения, сокращаются сроки пребывания в родильном доме; снижается потребность в реабилитации младенцев);

Эти специалисты должны владеть методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического усовершенствования. Они подчиняются главным программой тематического усовершенствования. Они подчиняются главному врачу ЖК и его заместителю. В их обязанности входит:

- проводить беседы и занятия с персоналом ЖК по основам ПП, особенностям общения с беременными женщинами и с их родственниками, но деонтологией;
- консультировать сотрудников ЖК по конкретным случаям;
- оказывать помощь медицинскому персоналу ЖК в решении профессиональных и личностных психологических проблем;
- принимать участие в работе курсов дородовой подготовки беременных, занятиях школы молодой матери;
- проводить скрининговое обследование женщин с целью выявления у них связанных с беременностью неконструктивных изменений отношений, а также с целью выделения группы риска по возникновению нервно-психических расстройств (НПР);
- работать с женщинами, нуждающимися в психологической помощи, а также с членами их семей;
- консультировать пациенток, направляемых акушером-гинекологом в связи с выявленными у них нарушениями течения беременности для выработки у пациенток адекватного к этому отношения;
- осуществлять работу по выявлению, оценке и неотложному купированию НПР;
- совместно с акушером-гинекологом разрабатывать план психокоррекционной работы с пациенткой, учитывающий её особенности;
- проводить индивидуальные сеансы с пациентками, включающие углублённую психодиагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию;
- совместно с акушером-гинекологом оценивать эффективность проводимых психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий;
- повышать свою квалификацию в области медицинской и ПП, психотерапии на циклах усовершенствования в учреждениях и на факультетах послепрофессионального образования не реже 1 раза в 5 лет;
- внедрять в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, психотерапии.

Для полноценной работы психотерапевтического кабинета в ЖК должны быть выделены помещения, в которых будет осуществляться консультативный прием пациентов, членов их семей, где будут проводиться групповые и индивидуальные сеансы релаксации и психотерапии.

Основные задачи сотрудников психотерапевтического кабинета ЖК:

- психопрофилактическая работа с беременными и членами их семей;
- психодиагностическая работа с целью выявления группы риска, формирование мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи;
- психокоррекционная и психокоррекционная и, при необходимости, психотерапевтическая помощь беременным женщинам и членам их семей (психотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом);
- повышение знаний персонала ЖК в области психопрофилактики, деонтологии, психосоматики, ПП, психопатологии и психотерапии.

Психотерапевтический кабинет в ЖК должен представлять собой помещение для организации индивидуального приема (площадь 14-20 кв. м). Помимо кабинета перинатальному психологу (психотерапевту) необходимо помещение площадью 22-35 кв. м, в котором он мог бы проводить групповые занятия по дороловой подготовке, релаксационные сеансы, семейные консультации и пр.

Помещения должны хорошо проветриваться, иметь маткое, рассеянное освещение, быть звукоизолированными. Оформление помещений (обивка стен, ковровые покрытия, приборы бокового освещения, комнатные растения, картины и пр.) должно способствовать решению терапевтических задач. В набор мебели могут входить письменный стол, журнальный столик, маткое кресло с высокой спинкой и подлокотниками, шкаф для одежды, книжная полка. Кабинет должен быть оборудован музыкальным центром, видеоматинифоном, стереофоническими наушниками, телевизором, компьютером с программным обеспечением и принтером, диктофоном, секундомером, аппаратом измерения артериального давления, набором цветных карандашей, мелков, красок, бумаги для арттерапии, набором экспериментально-диагностических психологических методик.

Если женщина становится на учет в ЖК в течение первого триместра беременности, консультации в кабинете психотерапии осуществляются или по инициативе самой беременной, или по направлению гинеколога. Первый прием длится не менее 30 минут. Выделяются мотивы обращения и запрос на психологическое сопровождение во время беременности. Во время беседы

Летрени, диактогении, психологении нередко связаны с отсутствием дифференцированного подхода при формировании групп дороловой подготовки, в результате чего вместе оказываются беременные женщины, состоящие в счастливом браке и женщины, не имеющие мужа; здоровые женщины и имеющие осложнения в течении беременности; имеющие скрытые или явные невротические симптомы и т.д. При этом нередки также явления гестозов, возникающих при неблагоприятном влиянии беременных женщин друг на друга. Поэтому одной из форм психопрофилактической работы является скрининг диагностики, проводимая с целью грамотного формирования групп дороловой подготовки и выявления женщин, нуждающихся перед направлением в такие группы в консультации психолога, а возможно и в психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

### Участие психолога в работе «Школы материнства»

Согласно Приказу Минздрава России №50 от 01 февраля 2003 г. женщина направляется на занятия в «Школу материнства» при поступлении на диспансерный учет в ЖК. На занятия по психопрофилактике родов женщины направляются по оформлению документов на дороловый отпуск. Вести занятия должен врач. Акушерка или медсестра расматриваются как помощники в проведении занятий. Психолог (психотерапевт) ЖК должен обязательно участвовать в работе «Школы Материнства». Рекомендуется переименовать ее в «Школу молодых родителей», так как это подразумевает участие обоих партнеров в подготовке к рождению ребенка.

Перечень тем занятий, обозначенный в приказе №50, может быть отправной точкой для составления собственных программ, с учетом политики учреждения и участия тех специалистов, которые есть в составе ЖК. При организации занятий следует опираться на дифференцированный подход. Под дифференцированным подходом мы понимаем адаптацию учебного материала и медико-психологического сопровождения с учетом особенностей личности женщины, ее акушерско-гинекологического анамнеза, семейной ситуации, и особенностей ее отношения к своей текущей беременности.

Осуществление дифференцированной подготовки к родам требует тщательной разработки содержания программ, формирования групп, составления расписания и координацию работы по направлению женщины на соответствующую диагностику и прохождение учебной программы. Этому способствует, описанная в предыдущем разделе, организация скрининг-диагностики беременных, состоящих на диспансерном учете в ЖК.



Наряду с ятрогениями, отмечаются и дидактогении. К этой группе расстройств следует относить НПР, возникающие у беременных в процессе и в связи с их обучением на курсах по подготовке к родам. Неудачно составленные программы занятий могут приводить к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других. Дефицит информации, её открытость, малодоступность (например, изобилие непонятных медицинских терминов, теорий), противоречивость сведений, представляемых разными преподавателями курсов, а также натуралистические описания подробностей биомеханизма родов, возможных осложнений, приводят к усилению тревоги.

Психологогениями называют НПР, возникающие в результате общения пациента с психологом. Нередко, используя повышенную внушаемость беременных, их приводят, к мысли о необходимости строго придерживаться не всегда научно обоснованных особого образа жизни, особых диет и применения очень дорогих пищевых добавок. Существуют программы, искусственно повышающие религиозность женщин, делающие их суеверными. К психологогениям у беременных могут возникнуть в процессе многочисленных и утомительных их психологических обследований, в результате необдуманного сообщения полученных результатов и их трактовки.

В процессе занятий по дородовой подготовке к НПР может приводить к внушению женщинам, что роды могут пройти благополучно только при строгом исполнении рекомендаций. Жестко отговариваются:

- место (только дома или только в определённом родильном доме);
- способ родоразрешения (например, роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств);
- лица, присутствующие во время родов (муж, знакомая акушерка);
- только совместное пребывание с ребёнком после родов и т.п.

Подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, малейшее отклонение от плана (а ситуация может требовать этого) вызывает у женщины стресс.

С целью организации профилактики ятрогений, дидактогений и психологогений специалист психотерапевтического кабинета должен информировать персонал ЖК об их сути, причинах и механизмах возникновения. Он должен способствовать повышению их знаний в области деонтологии, психологии общения, НПР. Необходимо обсуждать и координировать содержание занятий по дородовой подготовке, обеспечить им возможность супервизии.

психолог интересуется самоощущением женщины, её текущим эмоциональным состоянием, семейной ситуацией. Одновременно со сбором анамнеза устанавливаются доверительные отношения. При необходимости первичного приёма является запрос на психологическую помощь. В заключение беременной женщине знакомит с системой психологического сопровождения беременных в женской консультации и планируют приблизительные даты следующих визитов к психологу. Ближайшие даты лекций в «Школе молодых родителей». Если психолог считает, что требуется углублённая диагностика, он назначает дополнительную консультацию, во время которой проводится углублённое психологическое тестирование с помощью методик, позволяющих ответить на поставившиеся вопросы. Используемые в ЖК тесты должны опираться на простоту, не требовать много времени, сложной специальной обработки. С учетом полученных результатов разрабатываются индивидуальный план психологического сопровождения беременной и алгоритм прохождения курса «Школы молодых родителей».

При отсутствии особых показаний повторная консультация психолога назначается во втором триместре беременности. Всех женщин, вступающих на учет в ЖК после 12 недель беременности, рекомендуется обследовать при помощи скринингового теста отношений беременной (ТОБ) (см. приложение). Женщинам, уже вставшим на учет, также проводится это обследование на 24-27 неделе беременности. Эти сроки рекомендуются в связи с тем, что после 18-22 недель все беременные отчетливо ощущают шевеления плода, что способствует большей персонализации ребенка и, соответственно, приближает к реальности те фантазии о материнстве, которые были у женщины до этого. Кроме того в соответствии с приказом Минздрава России от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей», в целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным в сроке 20-24 недели проводится пренатальная диагностика в виде скринингового УЗИ либо других методов диагностики. У большинства женщин в период такого обследования («на пороки») и в ожидании его результатов возрастает тревога. В случае выявления патологии психологическое состояние женщины ухудшается. Обращение к нежеланному при этом может быть срочным по инициативе женщины или по направлению врача акушера-гинеколога с целью оказания психологической помощи.

Таким образом, консультация специалиста в психотерапевтическом кабинете ЖК во втором триместре включает: беседу о самочувствии, текущем эмоциональном состоянии, семейной ситуации; интервью, посвященное оценке

переживания шевелений; психологическое тестирование; уточнение индивидуального алгоритма психологического сопровождения и прохождения курса психопрофилактики.

В третьем триместре беременности в сроке 35-37 недель женщинам с нормальным течением беременности рекомендуется также посетить психотерапевтический кабинет ЖК. К этому сроку женщина уже заканчивает проходные курсы дорожной подготовки, выбирает родопомощительное учреждение, готовит дом к появлению ребенка. Доминанта беременности подходит к концу, но еще не переходит в доминанту родов. На этом сроке рекомендуется повторное проведение ТОБ, так как динамика его результатов может свидетельствовать об эффективности дорожной подготовки. При необходимости углубленной диагностики применяются дополнительные тесты, желательно проективные. Это помогает психологу оценить эмоциональное состояние женщины накануне родов, готовность ее и семьи к родам и настрой на материнство. При необходимости, оставшиеся 2-4 недели можно использовать для проведения психокоррекции.

### III. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА И ПСИХОТЕРАПЕВТА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Перинатальный психолог не может и не должен консультировать всех женщин, стоящих на учете в ЖК. На консультацию к нему попадают:

- женщины по направлению акушеров-гинекологов (при подозрении на нервно-психические нарушения; при выявлении выраженных тензальных и экстрагенитальных нарушений здоровья женщины; при выявлении нарушений развития пренейта);
- женщины, сами решившие, что нуждаются в совете или помощи психолога;
- женщины с повышенным риском возникновения нервно-психических расстройств или уже имеющих их.

Для выявления беременных последней группы рекомендуется применять массовое скрининговое обследование, проводимое с целью выявления факторов риска, патологии или предрасположенности к заболеванию. Повторение скрининга позволяют оценить стабильность изучаемых показателей, эффективность работы с пациентом.

### IV. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Психопрофилактическая работа в ЖК строится по нескольким направлениям: создание перинатального климата; профилактика ятрогений, психототений, дилактогений, гестогений; выявление среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам; участие в работе «Школы материнства»; подготовка к партнерским ролям; профилактика абортов и отказов от детей.

#### Работа по созданию перинатального климата

Перинатальный климат (англ. *climate* – климат) обеспечивается установлением психологом, медицинским персоналом с беременной женщиной и ее родственниками взаимоотношений, строящихся на основе сотрудничества, партнерства. В акушерско-гинекологической практике формирование климата особенно важно, так как в связи с возникшей беременностью характер взаимоотношений женщины с родственниками нередко неоднозначен, а многие акушеры-гинекологи строят отношения с ней с позиций патернализма: их рекомендации категоричны, не обсуждаются и не оспариваются. Климат способствует росту доверия специалистам у беременных женщин, их готовности следовать рекомендациям.

Формированию климата способствует проведение перинатальным психологом бесед с персоналом о том, что, так называемый, «никкий климат» затрудняет взаимопонимание с пациенткой и работу с ней, может быть одной из причин появления осложнений течения беременности. Осознание необходимости формирования перинатального климата на самых ранних этапах течения и целенаправленная в этом направлении работа структурирует деятельность перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, является профилактикой осложнений беременности и родов, предупреждает возникновение ятрогений, психототений и дилактогений.

#### Профилактика ятрогений, психототений, дилактогений,

##### гестогений

К ятрогениям относятся НПР, появившиеся в результате высказываний или действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременных женщин. Чаще всего встречаются ятрогении, связанные с иничностью и грубостью медицинского персонала, с недостатком внимания к пациенткам, с игнорированием их психологических особенностей, с плохой организацией приемов, обслуживанием беременных.

На основе результатов обследования беременную женщину можно отнести к одной из трёх групп, требующих различной тактики проведения родовой подготовки.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В неё следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипозотогнозический, иногда тревожный тип ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный тип ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Таким образом, проведение скринингового обследования беременных с помощью ТОВ позволяет структурировать консультативную работу перинатального психолога и психотерапевта в ЖК, рано выявлять НПР у женщин, связывать их с особенностями семейных отношений, своевременно оказывать дифференцированную помощь. Это не только улучшает ситуацию в семье, течение беременности и родов, но и является профилактикой типогалактии, послеродовых невротических и психических расстройств. Изменения результатов тестирования, проведённого до начала семейной психотерапии и по её завершению, можно использовать для оценки эффективности данной работы.

Женщины, входящие в выявленную группу риска нуждаются в углублённом психологическом обследовании, в определении психокоррекционных и психотерапевтических мишеней, в целенаправленной психокоррекционной, а, нередко, и в психотерапевтической работе с ними.

В качестве дополнительного диагностического инструментария для углублённого исследования в психотерапевтическом кабинете женской консультации рекомендуется использовать хорошо зарекомендовавшие себя в ПП практике генограмму, семейную социограмму, тест Спилбергера-Ханина, тест Люшера, цветовой тест отношений Эткинда, рисуночные тесты и др.

С целью претворения в жизнь важного раздела национального проекта «Здоровье, касающегося здоровья матери и ребёнка, в акушерство внедрён целый ряд скрининговых методик. К ним можно отнести скрининг первого триместра беременности, благодаря которому определяется вероятность патологии беременности и аномалии плода по результатам ультразвукового и биохимического исследований, неонатальный скрининг новорожденных детей для выявления ряда наследственных заболеваний.

Открытие при ЖК психотерапевтических кабинетов позволяет внедрить перинатальное скрининговое исследование, направленное на раннее выявление женщин, с уже имеющимися НПР, а также беременных, предрасположенных к их возникновению (а значит и к осложнениям течения беременности и родов). Применяемая при этом методика должна иметь теоретическое обоснование, не быть трудоёмкой. Процедура и инструкция должны быть простыми и понятными, обследование не должно занимать много времени. Этим условиям в основном отвечает Тест Отношений Беременной (ТОБ) (см. приложение).

Использование этого теста позволяет выявить особенности психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), представляющего собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы, направленные на сохранение гестации на создание условий для развития пренейта. Проявляются особенности ПКГД в связанных с беременностью изменениях, происходящих в системе отношений женщины.

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги, относящихся к своей беременности, протекающей, как правило, без осложнений. Он способствует благополучному родоразрешению, формированию гармоничного типа семейного воспитания ребёнка.

Гипогестогнозический (греч.: *hypo* - приставка, означающая слабую выраженность; лат.: *gestatio* - беременность; греч.: *gnosis* - знание) тип ПКГД нередко встречается у женщин, не склонных менять жизненный стереотип, скептически относящихся к курсам родовой подготовки. Уход за рождёнными детьми, они, как правило, доверяют другим (бабушкам, няням), так как сами «очень заняты». При гипогестогнозическом типе ПКГД чаще всего встречаются такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвистость родительских чувств.

Эйфорический (греч.: eu - хорошо; rho - переносить) тип ПКГД отмечается у претензионных женщин, требующих от окружающих повышенного внимания. При этом нередко беременностью становится средством манипулирования: способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. Врачи, курсы дорожной подготовки посещаются, но далеко не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребёнку, потворствующая гиперпротекция. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на её соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.), либо беспочвенной, сопровождающейся ипохондрией. При этом типе ПКГД чаще всего в семейном воспитании формируется доминирующая гиперпротекция. Большинство женщин с этим типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта.

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. В тяжёлых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические, дисморфоманические идеи, идеи самоубийства, обнаруживаются суицидальные тенденции. Имеют место, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения.

ТОБ содержит три блока утверждений, отражающих:

- А. отношение женщины к себе беременной;
- Б. отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя»;
- В. отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть 3 раздела, в которых икалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий её состоянию.

- Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен разделами:
- 1. отношение к беременности;
  - 2. отношение к образу жизни во время беременности;
  - 3. отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать-дитя») представлен разделами:

- 1. отношение к себе, как к матери;
  - 2. отношение к своему ребёнку;
  - 3. отношение к вскармливанию ребёнка грудью.
- Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами:
- 1. отношение ко мне беременной женщиной;
  - 2. отношение ко мне беременной родственных и близких;
  - 3. отношение ко мне беременной посторонних людей.

После выполнения задания женщине предлагается перевести результаты в специальную таблицу, отметив в ней соответствующую утверждению цифру.

В нижней строке таблицы «всего» выставляется результат подсчёта количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр) в каждом столбце. Стобец «О» — отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип ПКГД, «Г» — гипотонический, «Э» — эйфорический, «Т» — тревожный, «Д» — депрессивный.

Если в результате тестирования набрано 6-9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если ни по какому типу нет преобладания баллов ПКГД, нетрудно определить, какие отдельные отношения ПКГД у женщины нуждаются в коррекции. Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде диаграммы (по вертикали отмечаются набранные баллы, а по горизонтали — типы ПКГД).

ТОБ позволяет не только определить тип ПКГД по преобладающим утверждениям, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции. Например, при преобладающем оптимальном типе ПКГД у женщины может быть выявлено эйфорическое отношение к своей беременности, тревожное отношение к будущему ребёнку. Полученные результаты следует учитывать при проведении дорожной подготовки, они могут быть темами психотерапевтической беседы.