МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

17 ИЮЛ 2017 № 15-4/10/2-4792

На № от

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методическое письмо «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» для использования в работе.

Приложение: на 68 л. в 1 экз.

И.Н. Каграманян

Минздрав России
2004792 17.07.17

Е.С Садчикова
8 (495) 627-24-00 доб. 1547

Приложение 4.
Естественное планирование семьи (ЕПС) и Методы распознавания плодности (МРП) 60
Приложение 5.
Памятка врачам 63
Приложение 6.
Схема и задачи психологического консультирования отца ребенка 65
За беременность несут ответственность оба - и мужчина, и женщина 65
Оглавление 67

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Приоритетным направлением деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) является реализация комплекса мер, направленных на повышение рождаемости, социальную поддержку материнства и детства, охрану репродуктивного здоровья населения, профилактику абортов.

С целью совершенствования социально-психологической помощи женщинам приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее – Минздравсоцразвития России) от 01.06.2007 № 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 Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» штатные нормативы медицинского и другого персонала Центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, предусматривают должности врачей-акушеров-гинекологов, специалистов по социальной работе, юристов и психологов.

Методическое письмо посвящено организации и проведению психологического консультирования женщин, планирующих прервать беременность, и содержит основные техники и процедуры психологического консультирования, раскрывает особенности консультативной работы по снижению числа преждевременного прерывания беременности по желанию женщины (аборта). Материал адресован психологам, врачам акушерам-гинекологам, специалистам по социальной работе и руководителям лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности.

Методическое письмо «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» подготовлено редакционной коллегией Всероссийской программы «Святость материнства» Фонда Андрея Первозванного и Департаментом медицинской помощи детям и службы родовспоможения на основе методического письма Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2010 № 15-0/10/2-9162 «Психологическое доабортное консультирование» под руководством Якуниной Н.В., члена Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы, председателя Попечительского совета Всероссийской программы «Святость материнства» и Филиппова О.С., заслуженного врача Российской Федерации, д.м.н., профессора, заместителя директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения.

Члены редакционной коллегии:

Виллер В.А., врач-психотерапевт клинической больницы № 50 (г. Саров);

Гончарук Ю.Н., директор Сургутского РБФ «Жизнь – священный дар»;

Голованова Т.Г., главный специалист управления реализации Всероссийской программы «Святость материнства»;

Ицкович М.М., к.псих.н., доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Карпенко А.А., медицинский психолог БУЗ ВО ВОКБ № 1 Перинатального Центра, главный внештатный психолог Департамента здравоохранения Воронежской области;

Лаврова Н.Ю., начальник управления реализации Всероссийской программы «Святость материнства»;

Масленникова Г.А., эксперт Европейского Института Семейного Образования (European Institute for Family Life Education - IEEF/EIFLE) и руководитель проекта «Экологическое супружество», семейный психолог;

Понкин И.В., д.ю.н., профессор кафедры государственного и муниципального управления факультета Института государственной службы и управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации;

Силуянова И.В., заведующая кафедрой биомедицинской этики ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России;

Филиппов О.С., заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения;

Шабалина Е.Ю., психолог, консультант по проблеме абортов Центра защиты материнства «Покров»;

Язева Е.В., председатель Ивановской областной общественной организации «Общественный комитет защиты детства, семьи и нравственности «Колыбель».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глоссарий 3

Введение 5

1. Основные мотивы и причины абортов 5

2. Организация медико-социальной психологической помощи 6

2.1 Необходимость организации межведомственного взаимодействия 7

2.2 Организационные аспекты консультирования
Факторы, способствующие успешной работе консультанта 9

2.3 Порядок приема беременной в состоянии репродуктивного выбора 12

2.4 Цели и задачи психолога женской консультации
при консультировании женщин с кризисной беременностью
в ситуации репродуктивного выбора 13

3. Особенности консультирования женщин,
взявших направление на прерывание беременности 15

3.1 Этапы принятия решения 15

3.2 Примерная схема консультирования 16

4. Особенности психического состояния женщины в период
принятия решения о прерывании/сохранении беременности 16

4.1 Типы поведения женщины при консультировании 16

4.2 Основные черты психического состояния женщины 17

5. Проблемы, поднимаемые в процессе консультирования 30

5.1 Экзистенциальные проблемы 30

5.2 Проблемы межличностных отношений 32

6. Рекомендуемые техники консультирования 33

Заключение 45

Рекомендуемая литература для самостоятельного изучения 47

Приложения:

Приложение 1.
Перечень нормативных, правовых и методических документов,
регламентирующих деятельность специалистов,
занимающихся до- и постабортным консультированием 50

Приложение 2.
Отчет об оказании медико-психологической помощи
в службе родовспоможения 51

Приложение 3.
Должностная инструкция медицинского психолога
Кабинета медико-социальной помощи женской консультации/центра
кризисной беременности 53

в эту ситуацию. И он также, как и Вы боится решения. Он свои 50 процентов поменял на слабость – сбежал. Вы свои 50 процентов можете поменять на силу – сохранить ребенка и познать радость материнства. То, что он выбрал бегство, абсолютно не значит, что вы должны следовать за ним. Вы несете свою половину ответственности, и нельзя перекладывать ее на другого».

И если приходит мужчина и говорит, что она его обманула, что она не хочет ребенка, а он хочет, то ему тоже нужно помочь осознать, что он не жертва, хотя законодательно у него на зачатого ребенка вообще нет прав в современной ситуации. Он активный творец: «А Вы изначально выбирали женщину для интимной связи ради зачатия или ради самой связи? Получается, Вы заранее не обсуждали эту возможность… Вы имели отношения с женщиной, в чьих материнских желаниях не были уверенны. А может быть, Вы чего-то не сделали, чтобы переубедить ее? Свои 50 процентов ответственности Вы должны использовать на полную мощь, если действительно хотите сохранить ребенка!».

Глоссарий

Аборт – самопроизвольное или искусственное прерывание беременности в первые 22 недели, когда плод еще нежизнеспособен.

Аутентичность – это способность человека в общении отказываться от различных социальных ролей, позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению.

Внешние ресурсы клиента – это материальные ценности, социальные статусы (роли) и социальные связи, которые обеспечивают поддержку социума, помогают человеку снаружи.

Внутренние ресурсы клиента – это психический личностный потенциал, характер и навыки человека, которые помогают изнутри.

Депрессивный синдром – это проявление психопатологического состояния человека, характерное наличием трех симптомов - снижением настроения по типу гипотимии, т.е. снижением эмоциональных и моторной активности, заторможенностью интеллектуальных действий и гипобулией, т.е. торможением волевой и двигательной активности.

Дефицитарные состояния – характеризуются психологическим дискомфортом.

Естественное Планирование Семьи (ЕПС) – методы планирования или откладывания беременности, базирующиеся на исследовании естественно появляющихся в продолжение менструального цикла симптомов и признаков плодности и неплодности с воздержанием от супружеской близости в плодном периоде, если не планируется зачатие ребенка» (ВОЗ, 1982 год).

Конфронтация – термин, применяемый иногда для описания приема, который использует аналитик, чтобы привлечь внимание пациента к каким-либо особенностям его поведения, не пытаясь их объяснить или интерпретировать.

Методы распознавания плодности (МРП) – научно обоснованный подход к проблемам рождаемости, который базируется на конкретных знаниях анатомии и физиологии репродуктивной системы человека, на определении циклических ритмов плодности и неплодности супружеской пары.

Мотивация – психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Острое стрессовое состояние – это быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности.

Репродуктивная функция женщины – это комплекс органов и систем, обеспечивающие процессы оплодотворения и зачатия нового организма.

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия в производстве потомства и психосексуальных отношений в семье.

Рефлексия – это обращение внимания субъекта на самого себя и на свое сознание, в частности, на продукты собственной активности, а также какое-либо их переосмысление. В частности, на содержания и функции собственного сознания, в состав которых входят личностные структуры (ценности, интересы, мотивы), мышление, механизмы восприятия, принятия решений, эмоционального реагирования, поведенческие шаблоны и т. д.

Рэкетные чувства – замещающее чувство, оно замещает настоящее, аутентичное чувство, эмоцию или потребность.

Слияние – состояние неконтакта, которое заключается в отсутствии границ «Я», фигура не формируется и остается слитой с фоном.

Супервизия – консультативная практика, обсуждение клинического случая или его фрагмента, способствующие профессиональному обучению аналитика.

Фертильность – термин, используемый для обозначения различных аспектов способности взрослого, достигшего половой зрелости организма, воспроизводить потомство.

Фрустрация – негативное психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, т.е. в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям.

Приложение 6

Схема и задачи психологического консультирования отца ребенка:

1 задача: Важно отделить в сознании мужчины беременность от предшествующих и сопутствующих проблем. Мужчине обязательно нужно рассказать о физиологических процессах, *происходящих в организме женщине* во время беременности, об изменении гормонального фона, что будет отражаться на смене настроения и повышенной чувствительности женщины. Важно показать отрывки фильмов о внутриутробном развитии, чтобы помочь представить ребенка и превратить его из абстрактного слова «беременность» в конкретного растущего человечка. Многие мужчины действительно не понимают силы своего влияния на эмоциональное состояние женщины, важность психологической поддержки с их стороны, и глобальность возможных последствия для здоровья женщины и их отношений после аборта.

2 задача: Выявить мотивы прерывания и сохранения беременности. На первом этапе – выявить истинные мотивы прерывания и сохранения беременности. На втором этапе – откорректировать деструктивные мотивы сохранения беременности. С мужчиной важно поговорить в первую очередь о его страхах, чего именно он боится. Попутно разбираются мифы об отцовстве, мешающие конкретному мужчине адаптироваться к факту беременности.

3 задача: Необходимо строить консультацию с учетом возрастных, социальных, национальных и других отличительных характеристик беременной женщины и отца ребенка. Важно учитывать особенности социальной ситуации пары и их предшествующий репродуктивный опыт. Все описанные в третьей главе типы социальной ситуации женщины в равной мере относятся и к мужчинам. К мужчине – несовершеннолетнему школьнику, студенту, многодетному отцу 40 лет, к зависимому наркоману или успешному бизнесмену нужен различный подход, поскольку мотивы прерывания беременности у них будут разными. И, конечно, здорово, если с мужчиной поговорит мужчина, настроенный на защиту жизни зачатого ребенка.

За беременность несут ответственность оба – и мужчина, и женщина

В зачатии участвовали двое. Участвовали добровольно и сознательно (исключим случаи насилия). Не важно, кто в итоге показал себя с худшей стороны – мужчина или женщина. Он испугался и сбежал, или она из страха перемен выбирает аборт. От секса бывают дети, и все люди это знают.

Поэтому, когда во время консультации женщина начинает жаловаться, что ее бросили, важно увести ее от позиции жертвы к позиции зрелого взрослого человека: «Но ведь Вы сами согласились на интимные отношения. Я не оправдываю его, он поступил некрасиво, но на нем только половина ответственности, а вторая половина – на Вас. Если вам нужна помощь, мы поможем. Поможем с радостью, но перекладывать на него всю ответственность нельзя. Вы активный участник событий, и вы сознательно вошли

если женщина на данный момент не беременна, эта информация останется в ее памяти, и она сохранит ребенка в случае беременности.

7. По постановлению правительства РФ № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» от 6 февраля 2012 г. - только 1 показание: Беременность в результате изнасилования. *Здесь нет пункта* «не хочу, он не в моих планах, пожить для себя и т.д.»

8. В случае отказа женщины от сохранения беременности после консультирования, ПЕРЕД выпиской документов акушер-гинеколог МОЖЕТ СКАЗАТЬ следующее: «А Вы знаете, нередко бывает, когда от меня уходит женщина с анализами и направлением на аборт, а через пару месяцев возвращается с ними же – вставать на учет». Потом акушер-гинеколог может продолжить писать, а фраза словно висит в воздухе без ответа, но женщина невольно проецирует сказанное на себя как она придет с животиком! И уж напоследок еще раз: «так что, я Вас жду!»

9. Важный психологический момент в работе врачей акушеров-гинекологов: желательно при выписке направления не писать «на аборт» или «на прерывание беременности». Можно указать срок и «анализы на руках». Если у женщины возникнет вопрос, врач может ответить: «Мы Вас на аборт не направляем, а ставим только диагноз». Например, диагноз «Беременность маточная, малого срока». Из этого диагноза не следует медицинский аборт также автоматически, как лапароскопия при кисте яичника. Это решение женщины.

10. Очень важно! «В случае, когда сроки проходят и медицинский аборт уже невозможен, не отправляйте беременных женщин, не выставляйте их за дверь, не говорите, что все, время упущено и ничего нельзя сделать. Необходимо привлечь психологов и социальных работников, и благодаря совместной работе можно сохранить именно жизнь женщине, доносить беременность, родить ребенка и действовать дальше уже в новых обстоятельствах, а не идти на криминальный аборт с угрозой для жизни женщины» (*О.С. Филиппов, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России).*

Введение

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

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин – это аборты.

О необходимости сокращения числа абортов прямо говорится в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Сокращение числа абортов путем устранения их причин, главные из которых – это безграмотность в вопросах продолжения рода и детородного здоровья, а также отказ от деторождения является серьезным потенциалом для повышения рождаемости.

Безусловно, такая непростая задача должна решаться комплексом мер, включающим меры информационно-образовательной поддержки граждан репродуктивного возраста, материального стимулирования, а также адресную работу в лечебных учреждениях с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности.

1. Основные мотивы и причины абортов.

Причины абортов можно условно разделить на внешние и внутренние. Внешние причины - это те социальные и экономические условия, в которых протекает беременность каждой конкретной женщины. Они бывают очень значимыми, но не решающими при принятии решения о судьбе беременности.

Исходя из выступлений специалистов, занимающихся доабортным консультированием, а также докладов финалистов конкурса Всероссийской программы «Святость материнства», среди целого комплекса причин и мотивов, побуждающих женщину к аборту, наиболее распространенными выступают следующие:

45 % – конкуренция мотивов в жизненных планах («не вовремя», «нежеланная» беременность, желание пожить «для себя», другие планы)

20 % – неудовлетворительное финансовое положение;

13 % – неудовлетворительные жилищные условия;

10 % – нестабильность отношений с отцом ребенка;

7 % – страхи, связанные с собственным здоровьем или здоровьем внутриутробного ребенка (другие страхи);

5 % – давление со стороны близких.

Анализ причин позволяет сделать вывод о том, что психологические и аксиологические факторы являются ведущими при принятии женщиной решения об аборте.

Таким образом, проведение психологического консультирования пациентки с «нежелательной» беременностью сегодня становится острой необходимостью, так же, как и оказание квалифицированной психологической помощи женщинам в кризисной ситуации.

2. Организация медико-социальной психологической помощи

Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», регламентирует действия врача акушера-гинеколога при обращении женщины в связи с нежеланной беременностью, обосновывает необходимость проведения психологом до- и постабортного консультирования, указывает цели и задачи Центров и Кабинетов медико-социальной поддержки беременных.

Приказом Минздравсоцразвития России от 1.06.2007 № 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. Одной из ведущих задач, стоящих перед специалистами кабинета, является осуществление мероприятий по предупреждению абортов, 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 этой задачи значительное место занимает психологическая помощь женщине, а значит, и организация работы психологов в женских консультациях, особенно в части консультирования женщин до аборта.

Перечень документов, регламентирующих данное направление деятельности, указан в Приложении 1.

Приложение 5

Памятка врачам (нужные слова)

1. Воспримите и сообщите о беременности позитивно. «Поздравляем, Вы скоро будете мамой», «Прекрасно, у Вас скоро будет малыш», «Вы беременны! Это счастье для каждой женщины»... (не используйте фразы «ну что, будем рожать или аборт»).

2. Старайтесь не произносить слово «аборт», для женщины, находящейся в состоянии выбора, это будет толчком к принятию решения.

3. Аборт – это не метод контрацепции и не норма. Это выбор женщины, не желающей брать на себя ответственность. Мы живем в современном мире, где каждая беременность должна и может быть запланирована, а не заканчивалась убийством

4. Врач как никто другой должен быть настроен на *сохранение здоровья* женщины и *жизни* ребенка. Предупредите о последствиях аборта.

5. Дайте женщине понять, что это не «сгусток крови», это *человек*. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма, поэтому аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека. Через несколько дней после зачатия у ребенка формируются дыхательная, нервная, пищеварительная системы, внутренние органы. Через 18 дней начинает биться сердце. В 21 день приходит в действие его собственная система кровообращения, кровь ребенка НЕ смешивается с кровью матери и может отличаться от нее по группе. В 6 недель формируются ручки, ножки, глаза, нос и уши. Малыш совершает первые движения, хотя мать еще не чувствует их, так как весит он только 30 грамм. В 8 недель ребенок умеет сосать палец, как новорожденный младенец. Он чувствует боль. В 10-11 недель ребенок еще очень мал, но у него уже можно было бы снять отпечатки пальцев, он двигает глазами, языком. Он различает сладкий и горький вкусы. В 11-12 недель малыш дышит, реагирует на свет и тепло, шум. У него сформированы все системы его органов. В 14 недель ребенок засыпает и просыпается вместе с матерью.

6. В качестве профилактики абортов во время приема женщинам фертильного возраста можно говорить следующие слова, если хорошее состояние здоровья: «У Вас все хорошо, если Вы НЕ будете делать аборты, Вы будете здоровы до глубокой старости». Если у женщины есть проблемы со здоровьем: «С Вашим состоянием здоровья, аборты категорически запрещены». Или «аборт для Вас - это больший риск, чем для других». Даже

плодности, как измерение базальной температуры тела, наблюдение за шейкой матки, знание продолжительности каждой фазы менструального цикла, являются первым тестированием, дающим возможность определить дальнейшее направление диагностики.

• семьи, в которых супруги живут в согласии с законами природы, характеризуются большей стабильностью и семейной гармонией, чем обычные семьи. Результаты исследований в разных странах (Австрия, США) показывают, что в супружеских отношениях МРП укрепляют супружеские узы, а разводы случаются в единичных случаях.

• применение МРП хорошо влияет на формирование родительских основ поведения. Показателем этого является то, что передача жизни ребенку является осознанной.Кроме того, такой стиль жизни, когда беременность не является случайным фактором, к ней можно заранее подготовиться. Это и своевременный отказ от курения, и урегулирование стиля жизни, возможно, места работы, изменение питания, физической активности. Безусловно, важным является участие отца в реализации планов продолжения рода, в подготовке к зачатию его организма, в выборе срока предполагаемого зачатия, так как именно мужчина несет ответственность за решения в этих вопросах. Мужчину не ставят перед фактом зачатия новой жизни, но он всегда знает о том, что этот факт может иметь место в конкретной ситуации.

• с точки зрения этики и морали, МРП могут быть приняты всеми. Методы распознавания плодности соответствуют требованиям всех культур и религий.

2.1. Необходимость организации межведомственного взаимодействия

Профилактика абортов на уровне субъекта Российской Федерации осуществляется министерством (департаментом, комитетом) здравоохранения и структурно, на сегодняшний день, представляет собой двухуровневую систему оказания медико-социальной психологической помощи беременным, матерям и детям.

Основными критериями работы медико-социальной психологической службы министерства (департамента, комитета) здравоохранения субъекта Российской Федерации являются:

– число и доля женщин, изменивших решение о прерывании беременности от числа прошедших консультирование;

– число родившихся детей от женщин, изменивших решение о прерывании беременности;

– снижение количества отказов от детей;

– общее количество оказанных медико-социальных психологических услуг беременным;

– общее количество оказанных медико-социальных психологических услуг матерям и детям.

Первичным звеном оказания медико-социальной психологической помощи является кабинет медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (далее – Кабинет), женских консультаций. Функции и направления деятельности медицинского психолога Кабинета указаны в приложениях № 1 и № 11 приказа Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Вторым уровнем организации медико-социальной психологической помощи является Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (далее – Центр).

Его функциями, помимо оказания непосредственно медико-социальной и психологической помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» являются:

– разработка методических рекомендаций для специалистов по социальной работе и психологов женских консультаций и акушерских стационаров;

– проведение тренингов со специалистами кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций (организация проведения постоянной супервизии и профилактики выгорания);

– организация «телефонов доверия»;

– разработка сайта в сети Интернет, пропагандирующего позитивное отношение к родительству и позиционирующего результаты работы центра;

– оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке;

– анализ деятельности кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций на основе предоставленных отчетов;

– создание необходимых условий для обеспечения максимально полной медико-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье;

– привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении;

– осуществление мероприятий по выявлению женщин, входящих в группы риска по отказу от ребенка после родов;

– организация консультирования по вопросам социальной защиты женщин разового или постоянного характера;

– участие в формировании у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшего воспитания ребенка;

– организация групп психологической поддержки женщин в период беременности с привлечением врачей-психотерапевтов.

Исходя из опыта работы авторов, третьим уровнем оказания медико-социальной помощи являются учреждения социальной защиты субъектов Российской Федерации (центры социальной помощи, кризисные центры и др.), а также социально-ориентированные некоммерческие (центры защиты материнства, например) и религиозные организации традиционных конфессий, имеющие возможность предоставления различных видов материальной, психологической и духовной поддержки нуждающимся женщинам.

Такое сотрудничество позволяет совместными усилиями оказать необходимую помощь женщине в кризисной ситуации и сохранить беременность и ребенка.

В настоящее время реализуется Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ с Русской Православной Церковью, подписанное 18 июня 2015 года. Согласно статье 9 Соглашения сотрудничество осуществляется по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, включая вопросы охраны репродуктивного здоровья, пропаганды семейных ценностей и профилактики искусственного прерывания беременности путем:

- создания при роддомах центров кризисной беременности с участием психологов и представителей религиозных организаций Русской Православной Церкви;
- участия представителей религиозных организаций Русской Православной Церкви в консультировании женщин, планирующих прервать беременность, в медицинских организациях.

Преимущества использования Методов Распознавания Плодности (МРП)

• При должной мотивации, правильном обучении и использовании научно подтвержденных многофакторных методах распознавания плодности **показатель Перля составляет 0.2,** то есть, два незапланированных результата на 1000 супружеских пар, которые в течение года используют один и тот же метод.

• **Более 80 % пар с диагнозом «Бесплодие» зачинают и рожают здоровых детей естественным путем.** Безусловно, этот показатель относится к тем ситуациям, когда сохранены, хотя бы частично, детородные органы мужчины и женщины и остается возможность их нормального функционирования.

• **Процент разводов для супругов, использующих ЕПС, составляет 0.3%.** 10 лет назад аналогичные статистические исследования давали 1% разводов для пар, использующих ЕПС. Очевидно, что использование ЕПС служит укреплению семьи.

• Мужчины, живущие в ритме плодности своей жены, в среднем живут на 10 лет дольше, у них практически не бывает инфарктов и инсультов. Таким образом, ЕПС служит увеличению продолжительности жизни.

• использование МРП не вызывает изменений в физиологических процессах организма женщины, особенно изменений менструального цикла.

• использовать МРП могут женщины с нерегулярными циклами, с циклами разной продолжительности, а также в особых случаях: после родов, во время кормления грудью, перед менопаузой и после прекращения принятия контрацептивов.

• этими методами, благодаря их простоте, могут пользоваться женщины, живущие в разных условиях, а также незрячие и те, кто не умеет писать и читать.

• использование МРП не требует постоянных затрат.

• понимание механизмов плодности и жизнь в согласии с ее ритмом освобождает пару от страха перед незапланированным зачатием.

• **использование МРП помогает диагностике плодности и репродуктивной способности пар, имеющих трудности с зачатием ребенка.**

• методы распознавания плодности дают нам информацию о дне зачатия ребенка, что уменьшает риск нарушения беременности из-за незнания о зачатии (при контактах с инфекционными болезнями, прохождении необязательных рентгеновских обследований, использовании некоторых лекарств, которые могут повредить беременности или вызвать выкидыш ребенка).

• **МРП дают более точную информацию о сроке родов,** потому что ориентируется на день овуляции, а не на первый день кровотечения в цикле, в котором наступила беременность.

• знание естественного ритма плодности имеет важное значение для своевременной диагностики женских заболеваний. Такие показатели

Приложение 4

Естественное планирование семьи (ЕПС) и Методы распознавания плодности (МРП)

Естественное планирование семьи (ЕПС) и Методы распознавания плодности (МРП) - методы планирования или откладывания беременности, базирующиеся на исследовании естественно появляющихся в продолжение менструального цикла симптомов и признаков плодности и неплодности с воздержанием от супружеской близости в плодном периоде, если не планируется зачатие ребенка» *(Всемирная Организация Здравоохранения, 1982 год)*.

Это экологические, эффективные программы профилактики абортов и охраны здоровья матери, отца и ребенка.

Эффективность в предотвращении беременности (по данным ВОЗ) составляет 98-99% (ВОЗ «Планирование семьи. Информационный бюллетень, Декабрь 2016 г. Методы контрацепции. Современные методы. Симптотермальный метод»).

Применяя в своей практике МРП, врачи смогут внести свой вклад в решение проблем народосбережения и приостановить производство абортов, использование абортивной контрацепции и сопутствующую этому духовно-нравственную деградацию народов России.

МРП - научно обоснованный подход к проблемам рождаемости, основан на научных исследованиях, соединяющих законы анатомии, физиологии, эндокринологии человека и этики.

МРП - это практический инструментарий, который используется в Естественном Планировании Семьи (ЕПС). Это набор отработанных, надёжных практических методик, которые позволяют женщине знать плодные и неплодные дни каждого менструального цикла.

Преимущества метода в соответствии с документами ВОЗ за 1993 год.

1. Методы распознавания плодности эффективны как при планировании, так и при откладывании зачатия.
2. Применение данных методов не нарушает функций организма и не вызывает никаких негативных последствий.
3. Способствуют росту самосознания, понимания себя.
4. Дают возможность мужчине участвовать в вопросах планирования семьи.
5. Не требуют финансовых затрат.

Не существует идеального метода планирования семьи. Идеальным для данной пары может быть такой метод, который наиболее подходит ей с учетом всех условий их жизни, включая физическое и психическое здоровье, культуру и, возможно, религию.

На данный момент во многих регионах Российской Федерации накоплен позитивный опыт сотрудничества государственных медицинских учреждений с вышеуказанными организациями, в том числе по созданию единой антикризисной службы для беременных женщин и семей с детьми, в котором объединяются усилия сфер здравоохранения и социальной защиты населения по вопросам профилактики искусственного прерывания беременности и оказания медико-социальной психологической помощи беременным, матерям и детям. Такое сотрудничество позволяет совместными усилиями оказать необходимую помощь женщине в кризисной ситуации и сохранить беременность и ребенка.

2.2. Организационные аспекты консультирования. Факторы, способствующие успешной работе консультанта.

Деятельность психолога по консультированию осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1.07.2007 № 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.

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 Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», приложения № 11 и № 33).

Обратим особое внимание на важность формирования позитивного настроя 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.

Беседу с женщиной, собирающейся прервать беременность, должен осуществлять квалифицированный профессиональный консультант.

И только в случае отсутствия профессиональных консультантов (психологов, психотерапевтов) беседы, направленные на предотвращение абортов, могут проводить и другие специалисты, занимающиеся данной

проблемой, но имеющие подготовку в области общей и медицинской психологии с наличием соответствующего документа.

Факторы, способствующие успешной работе:

1. Наличие у консультанта желания заниматься данным видом деятельности (консультированием), осознание ее актуальности, важности, наличие устойчивого убеждения в необходимости проведения подобной работы.

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.

Огромную роль в эффективности 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, это значимо в отношении выстроенной 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 только то, что он нам говорит. К тому же женщина, идя на аборт, находится в неустойчивом эмоциональном состоянии, при котором имеют значение не столько слова, сколько убеждения консультанта, которые порой передаются без слов.

2. Знание теоретических основ консультирования.

Профессиональные требования к консультанту описаны в современном профессиональном стандарте. Необходимая профессиональная специализация включает в себя: повышение квалификации по теме «Перинатальная психология» (не менее 72 часов) и повышение квалификации по теме «Психологическое консультирование кризисных состояний» (не менее 72 часов с соответствующим объемом практики консультирования).

Также желательно владение психологическими техниками консультирования, позволяющими уменьшать «работу горя» и работать напрямую с личностными установками женщин (Минтруда и соцзащиты Российской Федерации; программно-аппаратный комплекс «Профессиональные стандарты»; реестр трудовых функций; оказание психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию; код:А/03.7 и квалификационные характеристики специалиста «медицинского психолога» приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»).

6.4. Правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, – в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства Российской Федерации.

6.5. Причинение материального ущерба – в пределах действующего трудового и гражданского законодательства Российской Федерации.

6.6. Ошибки, повлекшие за собой тяжкие последствия для здоровья и жизни человека, – в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства Российской Федерации.

6.7. Нарушение правил техники безопасности и инструкции по охране труда, непринятие мер по пресечению выявленных нарушений правил техники безопасности, противопожарных и других правил.

6.8. Несоблюдение трудовой дисциплины.

Руководитель структурного подразделения
_____/_____
(Ф.И.О.) (подпись)
Согласовано:
юридическая служба
_____/_____
(Ф.И.О.) (подпись)
С должностными обязанностями ознакомлен(а):
_____/_____
(Ф.И.О.) (подпись)
«_____»_____ _____г.

• своевременную и в полном объеме выплату заработной платы в соответствии со своей квалификацией, сложностью труда, количеством и качеством выполненной работы;

• отдых, обеспечиваемый установлением нормальной продолжительности рабочего времени, сокращенного рабочего времени для отдельных профессий и категорий работников, предоставлением еженедельных выходных дней, нерабочих праздничных дней, оплачиваемых ежегодных отпусков;

• полную и достоверную информацию об условиях труда и требованиях охраны труда на рабочем месте;

• профессиональную подготовку, переподготовку и повышение своей квалификации в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами;

• объединение, включая право на создание профессиональных союзов и вступление в них для защиты своих трудовых прав, свобод и законных интересов; защиту своих трудовых прав, свобод и законных интересов всеми не запрещенными законом способами;

• возмещение труда, причиненного ему в связи с исполнением трудовых обязанностей, и компенсацию морального вреда в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами;

• обязательное социальное страхование в случаях, предусмотренных федеральными законами;

• получение материалов и документов, относящихся к своей деятельности;

• взаимодействие с другими подразделениями Работодателя для решения оперативных вопросов своей профессиональной деятельности;

• запрашивать лично или по поручению руководства учреждения от специалистов государственных и иных структур информацию и документы, необходимые для выполнения должностных обязанностей;

• защищать свою профессиональную честь и человеческое достоинство;

• требовать от руководства учреждения оказания содействия в осуществлении профессиональной деятельности, исполнении своих должностных обязанностей и реализации прав.

6. Ответственность

Работник несет ответственность за:

6.1. Ненадлежащее исполнение или неисполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, – в пределах действующего трудового законодательства Российской Федерации.

6.2. Недостоверную информацию о состоянии выполнения работы.

6.3. Невыполнение приказов, распоряжений и поручений Работодателя, не противоречащих законодательству.

3. Наличие опыта консультирования не менее 2-х лет.

В случае отсутствия опыта, допустимо наблюдение начинающего консультанта за работой профессионального консультанта (психотерапевта, психолога) нескольких бесед с клиентами (с их согласия) 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.). Проведение первых пяти самостоятельных бесед при супервизировании профессионального консультанта с последующим обсуждением с ним допущенных при самостоятельной работе ошибок, недочетов, нахождение путей профессионального совершенствования начинающего консультанта.

Необходимо, однако, иметь ввиду, что присутствие третьего лица при индивидуальном консультировании, очная супервизия при консультировании по проблеме аборта повышает риск потери контакта, что может повлиять на результативность работы.

4. Проведение встреч и семинаров по обмену опытом.

В процессе работы по предупреждению абортов целесообразно организовывать регулярные совместные встречи всех консультантов и семинары по обмену опытом. 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. Позиция психолога-консультанта, как и каждого специалиста, работающего с беременной женщиной, должна быть изначально с ясным пониманием ценности жизни ребенка с момента зачатия и главной целью консультирования является сохранение беременности.

На этих же встречах обсуждаются сложные моменты консультаций и проводится поиск лучшего пути решения.

С врачами акушерами-гинекологами психологу необходимо проводить тренинги/занятия по обучению навыкам взаимодействия с женщиной

в ситуации кризисной беременности с целью мотивации посещения психологического консультирования.

2.3. Порядок приема беременной в состоянии репродуктивного выбора

Незапланированная беременность ставит женщину в сложное жизненное положение, является причиной стресса, затрудняя осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога.

Консультация медицинского психолога проводится по рекомендации врача и становится обязательной при обращении женщины за направлением на аборт. Она должна производиться в начале срока (недели) «тишины», чтобы обеспечить женщине достаточный срок для рефлексии и принятия мотивированного решения. Важно осознание ее собственного отношения, которое сделает ее устойчивой по отношению к внешнему влиянию. Поэтому сразу после сообщения женщиной медицинского факта наличия «нежелательной» беременности для неё должна быть обеспечена возможность попасть в кабинет к психологу, где с ней спокойно столько, сколько нужно времени разбирают все особенности ее жизненной ситуации, предлагают помощь, рассказывают про внутриутробное развитие и процедуру аборта. Женщина расписывается в специальном бланке, что она прошла данную беседу. После этого через несколько дней она идет снова ко врачу с решением – либо брать направление на аборт, либо вставать на учет по беременности. Очень важно выдержать временной промежуток (неделю «тишины»), так как это позволяет эмоциям успокоиться, за это время можно через центр помощи уже получить определенную поддержку, возможна семейная консультация, беседа с отцом ребенка – словом все, что необходимо в данной ситуации.

Такая организация психологического консультирования во многом зависит от позиции руководства и медицинского персонала женской консультации. В данном вопросе должен быть командный подход – организаторов, акушеров-гинекологов, психологов (психотерапевтов), специалистов по социальной работе и юристов.

Огромную роль в принятии женщиной окончательного решения играет авторитет врача.

Таким образом, механизм взаимодействия врача, психолога и социального работника заключается в следующем: прежде чем выдать женщине направление на прерывание беременности, врач акушер-гинеколог направляет ее на консультацию к психологу. При необходимости направляется на консультацию к социальному работнику и юристу. Важно обеспечить соблюдение сроков «периода тишины» и возможности вторичной консультации у психолога.

3.17. Совместно с медицинскими работниками осуществляет оценку эффективности проводимых мероприятий.

3.18. Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

3.19. Отчитывается в своей деятельности по формам, утвержденным Научно-методическим образовательным центром по организации психосоциальной помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка.

3.20. Организует свою деятельность на основе рекомендаций, методических пособий Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка (далее – Центр).

3.21. Участвует в методических семинарах, проводимых Центром.

3.22. В установленном порядке повышает свою квалификацию в лицензированных и аккредитованных образовательных учреждениях высшего профессионального образования, а также в условиях корпоративного обучения, организуемого Центром.

4. Работник обязан:

4.1. Добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором и должностной инструкцией.

4.2. Обеспечивать конфиденциальность полученных в результате деятельности сведений о клиенте.

4.3. В положенные сроки отчитываться о результатах своей деятельности по утвержденным формам в территориальный Центр кризисной беременности и Научно-методический центр при министерстве (департаменте) здравоохранения.

4.4. Соблюдать требования профессиональной этики.

4.5. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, соблюдать трудовую дисциплину.

4.6. Выполнять установленные нормы труда, соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда.

4.7. Бережно относиться к имуществу Работодателя и других работников.

4.8. Незамедлительно сообщить Работодателю, либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя.

5. Права работника

5.1. Работник имеет права, закрепленные в законодательстве Российской Федерации и локальных нормативных актах образовательного учреждения; а именно:

- предоставление ему работы, обусловленной трудовым договором; рабочее место, соответствующее государственным нормативным требованиям охраны труда и условиям, предусмотренным коллективным договором;

3.5. Осуществляет медико-социальный патронаж беременных женщин (в период их посещения ЛПУ), находящихся в трудной жизненной ситуации в целях обеспечения условий для благополучного завершения беременности и формирования психологической готовности к родительству.

3.6. Оказывает психосоциальную помощь бесплодным парам, несовершеннолетним беременным женщинам и членам их семей, социально не защищенным беременным женщинам.

3.7. Проводит психологическое консультирование женщин и членов их семей, в том числе по направлению врачей акушеров-гинекологов и социальных работников женской консультации, по проблемам формирования здорового образа жизни, социальной дезадаптации, эмоционально-поведенческих нарушений, формирования психологической готовности к родительству и др.

3.8. Осуществляет мероприятия, направленные на профилактику ранних отказов от новорожденных.

3.9. Осуществляет психопрофилактическую и санитарно-просветительскую работу, направленную на предупреждение абортов, подготовку к рождению ребенка и осуществлению родительских функций, на предупреждение дезадаптации женщины в послеродовом периоде, предупреждение и снижение заболеваемости женщин и детей, сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни.

3.10. Занимается психологической коррекцией эмоциональных нарушений у женщин в постабортном периоде.

3.11. Осуществляет диагностику и коррекцию пограничных форм нервно-психических расстройств.

3.12. Направляет к психиатру, наркологу и другим специалистам пациентов с выявленными психическими нарушениями и отклонениями, требующими лечения и диспансерного наблюдения.

3.13. Оказывает экстренную психологическую помощь женщинам и членам их семей в кризисных состояниях, включая «телефон доверия».

3.14. Обеспечивает преемственность и взаимосвязь с психологами отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детских амбулаторно-поликлинических учреждений, медицинским персоналом, юрисконсультом, социальным работником и другими специалистами женской консультации, а также учреждениями социального обслуживания граждан, общественными организациями.

3.15. Оказывает психологическую помощь персоналу женской консультации в решении личностных, профессиональных, бытовых и других психологических проблем.

3.16. Проводит работу по повышению квалификации медицинского персонала в области деонтологии, медицинской, перинатальной, социальной, возрастной, педагогической и других разделов психологии.

2.4. Цели и задачи психолога женской консультации при консультировании женщин с кризисной беременностью в ситуации репродуктивного выбора.

Главной целью работы психолога женской консультации является деятельность по профилактике абортов, направленная на предупреждение кризисной беременности.

А) При приеме женщин с кризисной беременностью в ситуации репродуктивного выбора.

Цель работы психолога:

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

Для достижения этой цели психолог должен решать следующие задачи:

1. Помочь женщине в адекватной оценке своей актуальной жизненной ситуации, выявить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности.

2. Поиск конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности, выявление и анализ внешних и внутренних ресурсов, личностных и средовых.

3. Предоставление информации о существующих федеральных и социальных выплатах (пособие по беременности и родам; за раннюю постановку на учет до 12 недель; единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет; ежемесячные пособия многодетным малоимущим семьям; пособия матери-одиночке; Единовременная выплата беременной жене военнослужащего, проходящего службу по призыву; на ребенка военнослужащего по призыву;, и т.д. для более подробной информации приглашается сотрудник социальной службы); центрах и организациях, где женщине могут предоставить существенную медицинскую, материальную, психологическую, духовную и иную помощь в случае ее отказа от прерывания беременности, где могут бесплатно предоставить помощь сиделки и даже условия для временного проживания.

4. Помощь в оптимизации семейной ситуации. Желательно пригласить на консультацию отца ребенка и других значимых членов семьи (при согласии женщины). При совместном консультировании женщины с отцом ребенка

или индивидуальной консультации спутника жизни женщины, консультанту необходимо обратить внимание на следующие моменты:

– осознание мужчиной своей родственной связи с ребенком;

– прояснить чувства, испытываемые мужчиной к ребенку;

– определить готовность к принятию и исполнению родительской роли (роли отца), т.е. готовность взять на себя ответственность за ребенка;

– выделить чувства, способствующие самореализации и саморазвитию личности отца (см. Приложение № 7).

5. Помощь при возникновении психосоматических и невротических нарушений.

6. Формирование негативного отношения женщины к аборту.

7. Информирование о последствиях аборта для женщины, т.е. влияние на психическое (острое стрессовое состояние после аборта и отдаленное переживание аборта) и физическое состояние женщины (в том числе на репродуктивное здоровье), а также на отношения в семье.

В) Работа по профилактике абортов в докризисных ситуациях направлена на предупреждение наступления кризисной беременности и включает в себя:

- профилактическую работу с подростками, молодежью и взрослым населением:
  1) медико-био-психологическое просвещение;
  2) просвещение по вопросам предупреждения «нежелательной беременности», а именно:

– предоставление информации о всех возможных методах естественного и искусственного предупреждения наступления беременности;

– в том, числе знания о современных научных высокоэффективных Методах Распознавания Плодности (МРП) и Естественном Планировании Семьи (ЕПС) (см. Приложение № 4);

– понимание принципа действия каждого из этих методов и его побочные воздействия;

– знание преимуществ и недостатков каждого метода;

– способность оценить эффективность каждого метода и степень продолжительности/краткосрочности его применения;

– понимание того, что выбор метода планирования семьи должен осуществляться супругами, и что он зависит не только от фактической информации, но и от обстоятельств, существенных для супругов и их отношений.

3. Особенности консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности

Особенность консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, заключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию. В специальной

1.6. Во время отсутствия психолога (отпуска, болезни и т.п.) его обязанности исполняет работник, назначенный в установленном порядке. Он приобретает соответствующие права и обязанности и несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение возложенных на него в связи с замещением обязанностей.

2. **Функции**

2.1. Организация психологической помощи пациентам, в том числе лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

2.2. Ведение психологической работы с женщинами и членами их семей по предотвращению прерывания беременности (доабортное консультирование).

2.3. Проведение необходимых психодиагностических, психокоррекционных, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

2.4. Психологическая помощь персоналу женской консультации в решении личностных, профессиональных, бытовых и других психологических проблем.

3. Должностные обязанности

Должностные обязанности медицинского психолога в службе охраны матери и ребенка разрабатываются из пп. 3.1. – 3.23. совместно с заместителем главного врача по родовспоможению с учетом специфики деятельности ЛПУ и обязательно как приоритетную деятельность включают в себя доабортное (репродуктивное) консультирование. Психолог кабинета (отделения) медико-социальной помощи / Центра кризисной беременности выполняет следующие должностные обязанности:

3.1. Осуществляет прием пациентов (самостоятельно и/или по направлению врача) в соответствии программой их ведения, при необходимости согласованной со специалистами отделения и/или с лицом, ответственным за деятельность кабинета (отделения)/Центра кризисной беременности.

3.2. Осуществляет психологическую работу с женщинами и членами их семей по предотвращению прерывания беременности (доабортное консультирование), разрабатывает и реализует программы психосоциального сопровождения женщин, сохранивших беременность в целях обеспечения условий для благополучного её протекания, подготовки к родам и формирования психологической готовности к родительству.

3.3. Выявляет по факторам социального и психологического риска женщин, нуждающихся для благополучного завершения беременности в медико-социальной защите и поддержке, определяет потребность женщин и членов их семей в конкретных видах психосоциальной помощи.

3.4. На основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности пациентов проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия.

- психогигиену;
- психодиагностику;
- психопрофилактику;
- основы психологического консультирования (виды, формы, методы);
- технологии, методы и формы оказания психологической помощи при нарушениях социализации;
- основы организации и проведения психологического тренинга (методология, проведение, результаты, последствия);
- методы изучения психологических особенностей клиента, методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности;
- передовой отечественный и зарубежный опыт работы медицинских и перинатальных психологов;
- психология кризисных состояний (концепции, подходы, факторы, методы и методики работы), рискология, психология горя, потери, утраты;
- психология экстремальных ситуаций (подходы, проблемы, виды помощи, последствия);
- психология малых групп (виды, взаимоотношения в малых группах, давление в группе);
- психология семьи (подходы, онтология, структура семьи, этапы ее развития, особенности взаимоотношений) и семейных отношений. Психология зависимости, аддикций, девиантология;
- возрастные особенности развития личности в разные периоды жизни;
- современные направления молодежного движения (виды молодежных групп, их интересы, занятия и способы проведения свободного времени);
- проблемы социализации (концепции, подходы, признаки нарушений социализации, последствия, виды помощи);
- особенности развития личности в неблагоприятной социальной ситуации;
- законодательство о труде, правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда.

1.4. Работник в своей деятельности руководствуется:

- Международными договорами и законодательством РФ;
- Уставом учреждения;
- Правилами внутреннего трудового распорядка и другими локальными нормативными актами;
- Настоящей должностной инструкцией.

1.5. Психолог кабинета медико-социальной помощи / Центра кризисной беременности организационно подчиняется непосредственно заместителю главного врача по родовспоможению лечебного учреждения, а по вопросам профессиональных компетенций в деятельности – главному внештатному психологу министерства (департамента) здравоохранения и начальнику (руководителю) научно-методического центра при министерстве (департаменте) здравоохранения.

психологической литературе такие женщины обозначены как «немотивированные» клиенты. Задача консультанта – преодолеть естественное сопротивление «немотивированной» клиентки, сформировать у нее мотив и заинтересованность в консультации у психолога, т.е. создать состояние «истинного» клиента, эта работа начинается в кабинете врача акушера-гинеколога.

Врачу при направлении к психологу имеет смысл сразу предупредить женщину о том, что специалист (психолог) НЕ собирается её отговаривать от аборта и принимает решение женщины таким, какое оно есть на сегодняшний день. Он может позиционировать свою задачу, как **помощь** женщине в «УСЛОВИЯХ ПРИНЯТОГО РЕШЕНИЯ». В этом случае обычно появляются вопросы клиента, который «все для себя решил», кроме того, что будет дальше. В беседе появляется интрига, болевая точка как бы пройдена и контакт облегчается. Как правило, женщина только думает, что приняла решение. На самом деле, сомневается до последнего момента.

Кроме того, для установления контакта психолога с женщиной будет полезна «непонятливость» консультанта. Т.е. он не соглашается с умозаключениями женщины, пока она не объяснит так, чтобы понял 5-6-летний ребенок. Это позволяет клиенту осознать то, что раньше он принимал на веру, считал «само собой разумеющимся».

3.1. Этапы принятия решения

В принятии решения об аборте или рождении ребенка можно выделить условно 4 этапа:

1. Первая реакция женщины на новость о беременности. Это стартовая точка ситуации, одна из самых важных. Положительная оценка – женщина скорее хочет родить, негативная оценка – женщина скорее склоняется к аборту. Особенностью этого этапа является то, что консультация, как правило, является разовой, единственной. Второй, а тем более, третьей встречи, скорее всего не будет, поэтому важно - выиграть время.

2. Сбор мнений. Женщина начинает рассказывать ряду людей о беременности, встречается с их эмоциональной реакцией, их видением ситуации.

3. Провозглашение решения. Женщина сохраняет беременность или идет на аборт. К этому моменту ее первоначальное желание (в момент получения новости о беременности) может поменяться или укрепиться. На этой стадии женщина предпринимает определенный видимый шаг.

4. Стадия оценки решения (удовлетворение или разочарование). Эта стадия самая размытая во времени. Если все три первые стадии происходят в условиях дефицита времени, то последняя стадия меняется во времени. Иногда переоценка решения наступает сразу, иногда через 15-20 и больше лет, иногда не наступает никогда.

Женщина может обратиться в женскую консультацию на любом из этих этапов.

Схематично структура движения консультирования женщин может быть представлена следующими шагами.

3.2. Примерная схема консультирования.

1. Анализ отношения женщины к аборту, беременности, ребенку и материнству.
2. Анализ внутренних ресурсов.
3. Анализ внешних ресурсов.
4. Принятие женщиной ответственности за свое решение.
5. Моделирование ситуации сохранения беременности и материнства.
6. Возврат к оценке внутренних и внешних ресурсов.
7. Принятие предварительного решения.
8. Оценка возможности повторной консультации для принятия окончательного решения.

4. Особенности психического состояния женщины в период принятия решения о прерывании/сохранении беременности.

4.1. Типы поведения женщины при консультировании:

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

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

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

3. *Частичная открытость.* Это женщины, которые могут без большого желания, но все же говорить о мотивах прерывания беременности. Расскажут частично свою ситуацию. Но роль лидера в консультации принадлежит психологу. Если он не станет задавать подводящих вопросов, женщина откровенничать не будет. Если беременная почувствует расположение к психологу, то беседа может перейти на качественный уровень и продлиться до часа, берут с собой информационные материалы. Такие женщины на повторную консультацию приходят редко. Они закрепощают себя, скрывают

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА КАБИНЕТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ/ЦЕНТРА КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Настоящая должностная инструкция разработана и утверждена в соответствии с положениями Трудового кодекса Российской Федерации, Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.11.2013 № 682н «Об утверждении профессионального стандарта «Психолог в социальной сфере», иных нормативных актов, регулирующих трудовые правоотношения в Российской Федерации, а так же в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации» от 30.03.2006 № 223, Приложением № 1 «Об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации» к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» от 01.06.2007 № 389.

1. Общие положения

1.1. Психолог кабинета медико-социальной помощи / Центра кризисной беременности (далее – «Работник») относится к категории специалистов.

1.2. Психолог кабинета медико-социальной помощи / Центра кризисной беременности назначается и освобождается от работы приказом руководителя организации из числа лиц, имеющих высшее психологическое образование по специальности «медицинская психология» или «психология», прошедших профессиональную переподготовку по медицинской психологии, имеющих подготовку в области перинатальной психологии, владеющий различными методами психодиагностики, психокоррекции, психопрофилактики. К работе по данной должности сроком на 1 год может быть допущен психолог, имеющий высшее профессиональное образование по любой психологической специальности и прошедший повышение квалификации по теме «Перинатальная психология», при условии его поступления в этот период на переподготовку по специальности «Медицинская психология».

1.3. Работник должен знать:

- основы законодательства РФ о здравоохранении;
- нормативные и правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;
- медицинскую психологию;
- общую и дифференциальную психологию;
- психологию личности;
- перинатальную психологию;
- возрастную и педагогическую психологию;
- отечественную и зарубежную социальную психологию (современные направления, актуальные проблемы, методы работы);

		-пациенток, изменивших решение о прерывании беременности;	
		-пациенток с нарушениями течения беременности;	
		-пациенток с нарушениями репродуктивной функции;	
		-пациенток с нервно-психическими нарушениями;	
6.	Проведено психопрофилактических занятий		
	6.1.	Число психопрофилактических занятий/количество участников занятий	
	6.2.	На курсах дородовой подготовки: (беременные женщины) / количество участников	
	6.3.	Подготовка к партнерским родам/количество участников	
	6.4.	Подготовка к грудному вскармливанию /количество участников	
	6.5.	Беседы в послеродовом периоде /количество участников	
7.	Предотвращено абортов		
8.	Предотвращено отказов от новорожденных		
9.	Проведено мероприятий с персоналом:		
	9.1.	Количество персонала, принявшего участие в мероприятиях	
	9.2.	Занятия с медицинским персоналом с целью профилактики ятрогений у пациентов и основам этики и деонтологии;	
	9.3.	Занятия с медицинским персоналом с целью повышению психологической компетентности и профилактике эмоционального выгорания врачей и среднего медицинского персонала	
	9.4.	Консультаций медицинского персонала по конкретным случаям в работе с пациентками	
	9. 5.	Иные мероприятия:	
10.	Число, доля женщин, изменивших решение о прерывании беременности от числа прошедших консультирование		
11.	Число родившихся детей от женщин, изменивших решение о прерывании беременности		

Подпись руководителя

Приложение 3

свои эмоции. Даже если разговор заходит о чем-то важном – сдерживают слезы, стесняются и не желают показывать свои эмоции чужому человеку (консультанту).

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

5. *Активный поиск* (требование помощи). Такие женщины сами могут найти консультанта через интернет, врача или знакомых. Чаще всего это те, кто сами хотят сохранить ребенка, но обстоятельства и окружение выступают против, оказывая на них определенное давление. Они открыты, настойчивы. Чаще всего при получении помощи и просто моральной поддержки сохраняют беременность. Но минусом является то, что некоторые из них часто не готовы к рефлексии, самоанализу, а сосредотачиваются на решении сиюминутных проблем: вещи на ребенка, чтобы кто-то поговорил с мамой или сестрой и т.д. При этом они всячески уходят от психологической работы над собой, своими установками и мотивами.

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

4.2. Основные черты психического состояния женщины

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

Растерянность и шок

В случае известия о незапланированной беременности или подозрениях на какие-либо осложнения при желанной беременности женщина склонна испытывать растерянность. Иногда это чувство бывает очень сильно выражено и доходит до уровня шока. Женщина не может справиться со «свалившимся»

на неё неожиданным известием, ей трудно сразу сориентироваться в новой, незапланированной ситуации. Основная мысль, звучащая в её сознании, – «Я не знаю, что мне теперь с этим делать». Внутренние ресурсы, направленные на конструктивное и планомерное решение проблемы, в состоянии растерянности снижены практически до нуля. Женщина может либо просто пребывать в состоянии психологической «оглушенности», либо искать совета, подсказки. Это состояние растерянности является психологически закономерной и понятной реакцией на незапланированную ситуацию, и в норме само проходит через некоторое время, после чего человек принимается за действия по решению проблемы.

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

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

Что с этим делать?

1. Успокоить, объяснить её состояние, посочувствовать.

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

Чего делать нельзя.

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

Амбивалентность (противоречивость, разнонаправленность)

В сознании женщины альтернатива аборт/роды всегда представлена как два возможных варианта развития событий. В связи с этим женщина, даже склоняясь к мысли о прерывании беременности (или утверждая, что она «уже все решила»), не может полностью отторгнуть или проигнорировать, не обдумывать возможность сохранения беременности и жизни с ребёнком. В душе она продолжает колебаться. Борьба этих двух вариантов приводит к внутреннему конфликту, переживание которого причиняет женщине страдания. Женщина, намеренная прервать беременность, – это всегда и прежде всего, человек в кризисном состоянии, страдающий человек. Именно этим страданием и попытками совладать с ним объясняются многие, порой весьма

Приложение 2

ОТЧЕТ

об оказании медико-психологической помощи в службе родовспоможения

_____

за _____ год

психолог(и):

_____

1.	Общее число пациентов, получивших медико-психологическую помощь		
2.	Проведено консультаций беременных женщин		
3.	Число пациентов, получивших психологическое консультирование, из них:		
	3.1.	пациенток на этапе принятия решения о прерывании беременности/членов семей	
	3.2.	пациенток, вне беременности, при подозрении на эмоциональные и нервно-психические нарушения и/или при наличии таковых (перинатальные потери в анамнезе, преждевременные роды в анамнезе, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), послеродовые депрессии и т.д.)	
	3.3.	пациенток, с нарушениями репродуктивной функции;	
	3.4.	пациенток, настроенных на отказ от ребенка после родов/членов семей	
	3.5.	беременных женщин социальной группы риска (неблагополучные)/несовершеннолетние	
	3.6.	пациенток, самостоятельно обратившихся за психологической помощью/ членов их семей.	
4.	Проведено психодиагностических исследований (тест отношений беременной (ТОБ), проективные методики)		
	4.1.	Число пациентов, прошедших психодиагностические исследования	
5.	Проведено психокоррекционных занятий		
	5.1.	Число пациентов, прошедших психокоррекцию, из них:	

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ, ПРАВОВЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДО- И ПОСТАБОРТНЫМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ

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

• Постановление Правительства Российской Федерации от 06.02.2012 № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

• Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».

• Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.09.2014 № 15-4/10/2-6725 «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах».

• Программно-аппаратный комплекс «Профессиональные стандарты»; Реестр трудовых функций; Оказание психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию; Код: А/03.7.

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», квалификационные характеристики специалиста «медицинского психолога».

неприятные, особенности поведения такой женщины и сложности в построении ею взаимодействия с персоналом медицинского учреждения.

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

Что с этим делать?

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

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

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

2. Если есть признаки амбивалентности, но женщина не говорит о своих колебаниях (но и не отрицает их), можно напрямую спросить у нее: «Вы сомневаетесь в принятом решении?» или проговорить своё впечатление в реплике специалиста обязательно должны прозвучать слова, указывающие на сомнения, колебания. Это даст женщине возможность раскрыть свои переживания. Если строить свой вопрос через слово «уверенность» (например, «Вы окончательно уверены в своем решении?»), то для пациентки это скорее будет означать необходимость формального подтверждения её согласия: «Я беседую с Вами, и у меня складывается впечатление, что Вы все ещё колеблетесь, что у Вас есть сомнения в том, что аборт — правильный выход». После подобных реплик женщина, скорее всего, заговорит о том, что её тревожит. Следует поощрять её к высказыванию амбивалентности

(«Расскажите об этом поподробнее», «Скажите, что именно заставляет Вас сомневаться?», «Каковы Ваши опасения в связи с абортом?»). Необходимо, чтобы женщина как можно более подробно высказалась. Это поможет ей лучше понять своё состояние, увидеть реальный уровень сложностей, более взвешенно принять решение.

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

4. После того, как пациентка выскажет свои сомнения и страхи, следует, на основании научных данных и клинического опыта, подтвердить, что из сказанного ею может реально произойти. Необходимо быть объективным, предоставлять правдивую информацию и избегать «ложного успокоения» пациентки. Например, женщина говорит, что боится медицинских осложнений и думает, что после аборта будет сожалеть о нерождённом ребенке. Специалисту следует честно подтвердить, что так действительно бывает, призвать женщину ещё раз сопоставить, с одной стороны, риск возможных последствий и, с другой стороны, усилия, которые от неё потребуются, если она решит сохранить беременность, при этом не забывая о её личных и внешних ресурсах, которые можно привлечь в этой ситуации. Она должна прочувствовать, решить, что для неё будет действительно лучше в масштабе всей жизни, а не ситуативно легче.

Чего делать нельзя:

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

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

3. Нельзя скрывать эмоционально неприятную информацию об аборте (или просто обманывать пациентку) с целью её «успокоить». Во-первых, повторяем, Вы не можете дать гарантию того, что данная операция пройдет без осложнений. Во-вторых, по ныне действующим правовым нормам, пациент

По теме «Естественное Планирование Семьи»

1. Влодзимеж Фиалковски, Биологические ритмы плодовитости и регуляция рождаемости, перевод с польского, Польское Медицинское издательство, Варшава, 1975

2. Джон и Шейла Кипплли «Искусство естественного планирования Семьи», перевод с английского, Ужгород, 1991

3. Коллин Норман Естественная гармония супружеских отношений», перевод с английского, Москва, 2013

4. Алина Лихтарович, «Дар плодности и его осознание», перевод с английского Москва, 2013

5. Людмила Баракова, «Брак и дети сегодня», Москва, 2010

6. Эллио Сгречча, Виктор Трамбоне, Биоэтика, Библейско-Богословский Институт св. Апостола Андрея, Москва, 2001

7. Основы Социальной Концепции Русской Православной Церкви, МП Священный Синод РПЦ ОВЦС, Москва 2001

по теме «Доабортное и постабортное консультирование»

1. Тереза Берк, Дэвид Риардон Запрещенные слезы–СПб.: Фонд св.ДмитрияСолунского,Каламос, 2010.

2. Вар П. Личностные адаптации (Двери в терапию) TransactionalAnalysisJournal, 1983, №1, p.11-19.

3. Есипова Н.Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов – Москва, 2008.

4. Куценко О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов.Пособие для психологов и других специалистов,работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. Санкт-Петербург, 2011.

5. Маркова Н. Мамочка, пожалуйста…–СПб.: Весь, 2013.

6. Пайнс Д. Бессознательное использование своего тела женщиной– Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1997.

7. Смирнова Е. Что нужно женщине, которая «уже все решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности, 2013.

8. Стюарт Я., Джойнс В.Современный транзактный анализ –СПб, 1996.

9. Уиллке Дж. и Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы – Азбука здоровья, 2016.

10. Эльбрух Д. Мариам… Почему ты плачешь? или Риск прерывания беременности и травма после этого– //life.orthomed.ru//

по теме «Перинатальная психология»

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.:Питер, 2010.
2. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. СПб.:Ювента, 2000.
3. Могилевская Е.В., Васильева О.С. Перинатальная психология: психология материнства и родительства. Феникс, 2015.
4. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. Изд.2-е, испр., 2003.
5. Перинатальная психология и психология родительства. Тематический выпуск. Журнал практического психолога №4-5, 2003. Победитель Национального Психологического конкурса «Золотая Психея-2000».
6. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г. Перинатальная психология. СПб.:СпецЛит, 2015.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.:Изд-во Института Психотерапии, 2002.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.:Речь, 2006.
9. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. И в-третьих, просто с человеческой точки зрения, не забывайте о том, что прерывание беременности — это не просто операция, это очень серьезный шаг в жизни женщины и она имеет право идти на него с открытыми глазами, даже если это грозит определенными эмоциональными затратами для персонала.

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

«Тоннельное сознание»

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

В общем виде можно сказать следующее: прерывание беременности не является выходом из сложной ситуации. Просто женщина, не ожидавшая

беременности, растерявшаяся, находясь в «тоннельном сознании», не видит альтернатив, воспринимает свою ситуацию как тупиковую.

Что с этим делать?

Прежде всего, нужно выслушать рассказ пациентки о причинах, жизненных сложностях, толкающих её на прерывание беременности. Слушать нужно внимательно, не перебивая, при необходимости задавать уточняющие вопросы. К тому, что говорит пациентка, следует относиться с доверием и уважением. Даже если Вам, как лицу не вовлеченному, её доводы кажутся абсурдными, для неё это — её реальные переживания, страхи, размышления. Вместе с пациенткой задаться вопросом, действительно ли то, что ей видится в будущем в связи с сохранением беременности, так неизбежно, тяжело, непереносимо. Может быть, она сможет справиться с этими сложностями. Целесообразно хотя бы коротко обсудить с пациенткой возможные альтернативы, привести известные из клинической практики или жизненного опыта примеры женщин, находившихся в подобной ситуации и нашедших возможность решить проблемы, не прибегая к аборту. В большинстве случаев срок беременности позволяет женщине потратить ещё несколько дней, она может хотя бы попробовать выйти из положения другим способом. А уж если не получится, то сделать аборт она ещё успеет.

При необходимости можно ознакомить пациентку с термином «тоннельное сознание», сообщить ей о том, что она сейчас находится в специфическом психологическом состоянии, которое известно в науке, встречается в практике. Объяснить, что это состояние коварно и опасно тем, что «изнутри» него все видится гораздо более тяжелым, непреодолимым, неразрешимым, чем является на самом деле.

Чего делать нельзя:

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

Тревога

Женщина, переживающая кризис прерывания беременности, испытывает много тревоги и страхов. Сюжет этих переживаний у каждой женщины свой, но общая черта все же есть: опасения женщины основаны на реальных сложностях, но, чаще всего, сильно преувеличены. Невольно вспоминается поговорка «У страха глаза велики». Это состояние коварно тем, что человек уже не может рассуждать здраво, трезво оценивать свои силы. Женщина находится в плену страхов, склонна субъективно оценивать сложности как более тяжелые и непреодолимые, чем они есть на самом деле, а себя, свои силы при этом недооценивает. Фактически речь идет о том, что женщина находится «не совсем в здравом уме», её способность точно тестировать реальность снижена и искажена. Сама женщина абсолютно уверена, что все так

Рекомендуемая литература для самостоятельного изучения

по теме биомедицинская этика и правовые аспекты

1. Силуянова И.В. Биомедицинская этика - М. ООО «Издательство Юрайт», 2016

2. Жаркин Н.А., Т.Г. Семихова. "Биоэтические проблемы врачевания в трагедии репродуктивного выбора. Мировоззренческие аспекты". Биоэтика 2016, №2 с.17-20

3. Понкин И.В., Понкина А.А., Еремян В.В., Кузнецов М.Н. «О правовых основаниях правового признания ценности жизни, человеческого достоинства и права на жизнь ребёнка, находящегося на пренатальной стадии развития» / *Ponkine I.V., Ponkina A.A., Eremyan V.V., Kouznetsov M.N.*Sur les fondements juridiques de la reconnaissance juridique de la valeur de la vie et de la dignité humaine et du droit à la vie de l'enfant au stade prénatal du développement / *Ponkin I.V., Ponkina A.A., Yeremyan V.V., Kouznetsov M.N.,* Onlegalbasesforlegalrecognitionofthevalueoflife, humandignity, and the right to life of a child atthestage of prenatal development. – М.: Изд. ред. журнала «ГлавВрач», 2015. – 106 с. (Приложение к журналу «ГлавВрач» № 8/2015). [На русском, французском и английском языках].

4. Понкин И.В., Понкина А.А. О достойном отношении к телу умершего в утробе матери ребенка // Главврач. – 2013. – № 10. – С. 44–48.

5. Лапина М.А. Ребёнок на пренатальной стадии развития как субъект с определённой правосубъектностью // Право и образование. – 2015. – № 12. – С. 174–179. – С. 176, 178–179.

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 Хронографъ, 2009.

Заключение

В настоящее время в субъектах Российской Федерации создана и функционирует сеть Кабинетов и Центров медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Безусловно, работа по внедрению в практику учреждений здравоохранения психологического консультирования женщин, решающих вопрос о сохранении или прерывании беременности, требует дальнейшего развития и подготовки квалифицированных клинических психологов, специализирующихся на проведении консультаций с беременными женщинами на грани аборта. Предложенные методические рекомендации, организационные схемы и формы работы помогут сделать эту работу более эффективной и результативной.

По предварительным исследованиям авторов в результате консультирования психологами в женских консультациях до 30 % женщин способны изменить решение и отказаться от аборта в пользу жизни. Это высокий уровень эффективности, но труднодостижимый. В среднем же, этот показатель составляет примерно 10-15 % от числа всех обратившихся на аборт.

Психологическое консультирование в женских консультациях с целью сокращения и предотвращения абортов - это на сегодняшний момент реальный и эффективный способ повышения рождаемости в России. Его актуальность в ближайшей перспективе будет только возрастать и потребует дополнительных правовых, организационных и научно-методических усилий со стороны медицинского сообщества.

Редакционная коллегия будет признательна за любую информацию о практической деятельности психологов, проводящих консультирование в условиях репродуктивного выбора, эффективности подобной работы и полученных результатах.

и есть, как ей сейчас видится. Она может быть очень убедительна в своих доводах, так что консультанту придется все время сверяться со своим чувством реальности, здравым смыслом, чтобы не быть «зараженным» паникой пациентки. Женщины, переменившие своё решение, сохранившие беременность, придя в себя, описывают это состояние как «временное умопомешательство» и бывают очень благодарны тем, кто помог им не поддаться панике. Это состояние носит транзиторный (преходящий) характер, оно со временем проходит. Однако если бы женщину в этот момент обследовал врач-психиатр, она могла бы получить диагноз из кластера «Расстройства, связанные со стрессом». В таком состоянии противопоказано принимать серьезные, ответственные решения.

Что с этим делать?

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

Чего делать нельзя:

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

Подавленность

Кризисная беременность (неожиданная, начавшаяся при неблагоприятных, по мнению женщины, жизненных обстоятельствах) с эмоциональной точки зрения является тяжелым испытанием. Решение

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

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

Что с этим делать?

В случае, если женщина интерпретирует своё состояние (особенно соматические компоненты) как неблагоприятное течение беременности, ей следует разъяснить связь её самочувствия с чувством подавленности. Информировать женщину об особенностях восприятия и оценки информации в этом состоянии (переоценка тяжести событий, недооценка своих сил) и о транзиторном (временном) характере данного состояния. Информировать женщину о том, что подобные состояния вызываются стрессами любой модальности: тот факт, что ей сейчас плохо, не обязательно говорит, что она не хочет этого ребёнка. Это может говорить о том, что ситуация, в которую она попала, очень значима для нее. Искать ресурсные сферы — источники удовольствия, эмоционального комфорта, «хорошего настроения», уверенности.

Чего делать нельзя:

Средовые ресурсы – социальные статусы и роли, социальные связи, которые обеспечивают поддержку социума, к примеру помощь и поддержка со стороны родственников, наличие сбережений благоприятное отношение и помощь со стороны родственников (матери и отца), наличие братьев и сестер, подруг, положительное отношение со стороны старших детей.

С женщиной стоит проработать наличие ресурсов, о которых она зачастую не подозревает и наличие которых не осознает. Лучше всего использовать графический способ. Когда ресурсы не просто выявляются и вербализируются, а оформляются в виде схемы или просто записываются на бумаге. При любом промежуточном итоге консультирования женщина выходит из кабинета психолога со списком выявленных и проработанных ресурсов. Это позволит женщине сделать осознанный выбор и зачастую выявление при консультировании явных и скрытых ресурсов позволяет сохранить кризисную беременность.

2. Конфронтация не предназначена для разрушения механизмов психологической защиты клиентов. Ее назначение – помочь клиентам распознать способы, которыми они защищаются от осознания реальности. Стиль 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.

Работа с ресурсами

В ходе консультирования необходимо актуализировать все ресурсы женщины – внешние и внутренние.

Внутренние ресурсы, которые необходимо актуализировать – это опыт, различные умения и навыки, физическое здоровье, природный оптимизм, позитивное отношение к жизни, сила воли и умение преодолевать трудности, спортивный азарт, любовь, высокая самооценка.

Внешние ресурсы делятся на материальные и средовые.

Материальные – это материально-финансовые ценности, к примеру, наличие жилья (квартиры, дома), выплат на работе, если женщина трудоустроена, выплаты и пособия на ребенка.

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

Эмоциональная нестабильность

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

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

Что с этим делать?

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

Также нужно наблюдать за состоянием женщины во время консультации. Это даст дополнительную диагностическую информацию. Сообщить женщине о выявленных Вами особенностях её эмоциональной сферы и поделиться мыслью о том, что, в связи с этими особенностями, целесообразным является

принятие решения в спокойной обстановке (можно обеспечить с помощью психологического консультировании) в течение некоторого более или менее продолжительного времени. Можно поделиться опасением, что, при смене эмоционального состояния, отношение к беременности и аборту, на который она сейчас записывается, также изменится.

Чего делать нельзя:

Пожалуй, в данном случае нельзя делать только одну вещь: быстро, по первому требованию выписывать направление на аборт. Особенно если день визита для записи и день предполагаемого прерывания беременности недалеко отстоят друг от друга.

Отрицание (психологическая защита)

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

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

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

Что с этим делать?

Консультанту следует иметь в виду, что попытки женщины отказаться от информации о прерывании беременности основаны не на имеющихся

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.

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.

Важный психологический момент в работе врачей акушеров-гинекологов: желательно при выписке направления не писать «на аборт» или «на прерывание беременности». Можно указать срок и «анализы на руках». Если у женщины возникнет вопрос врач может ответить: «Мы Вас на аборт не направляем, а ставим только диагноз». Например, диагноз «Беременность маточная, малого срока». Из этого диагноза не следует медицинский аборт также автоматически, как лапароскопия при кисте яичника. Акушер-гинеколог - врач, а не судья, чтобы выносить приговор невиновному… Это решение женщины…

Предоставление информации

Цели консультирования достигаются также посредством предоставления клиенту информации: консультант высказывает свое мнение, отвечает на вопросы клиента и информирует его о разных аспектах обсуждаемых проблем. Достаточно подробно специфика предоставления 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 решать 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

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

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

Чего делать нельзя:

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

Защитная агрессивность

Есть женщины, которые на попытки приступить к консультации реагируют агрессией. Агрессия может быть прямой – крик, упреки, брань

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

Что с этим делать?

Прежде всего, нужно попробовать снизить агрессию. Прямая конфронтация («Как Вы себя ведете? Вы сейчас разговариваете со специалистом, который выполняет свои прямые должностные обязанности!» и т. п.) здесь мало уместна, но в случае необходимости может быть допущена. Лучше начать со следующей фразы: «Я понимаю, что Вам очень неприятны разговоры на эту тему. Это тяжелое решение, и, похоже, Вы нервничаете. Здесь все понятно, я не обижаюсь. Но все же в мои обязанности входит проговорить с Вами некоторые моменты относительно намерения прервать беременность, проинформировать Вас о последствиях».

Далее можно по необходимости произнести текст, приведенный для работы с отрицанием. В работе с агрессивной женщиной консультант должен быть предельно мягок, терпелив и осторожен. Для консультанта может быть полезным обратить внимание на свои собственные чувства. Они могут дать диагностическую информацию о характере конфликтов пациентки (и, следовательно, это можно использовать как подсказку для выбора тематики дальнейшего разговора). Если при взаимодействии с женщиной консультант чувствует раздражение и желание «поставить её на место», то для женщины, скорее всего, актуально давление со стороны кого-то из её окружения с целью склонения к тому или иному решению, борьба за отстаивание ею права принять своё собственное решение. Если же консультант чувствует безнадежность, бессилие, субъективную невозможность общаться с данной пациенткой, то весьма вероятно, что у женщины есть серьезные личные эмоциональные проблемы, связанные с данной беременностью, отношением к деторождению, имеющимся опытом материнства и т. п.

Необходимо относиться с критикой к привычным социальным стереотипам, например, к таким как: рождение ребенка до брака, рождение ребенка после 40 лет, рождение третьего и последующих детей. Несомненно, лучше рожать детей в браке и в тот период времени, когда организм молод и здоров, но подобные рассуждения могут быть уместны при подготовке

а через пару месяцев возвращается с ними же – вставать на учет». Потом акушер-гинеколог может продолжить писать, а фраза словно висит в воздухе без ответа, но женщина невольно проецирует сказанное на себя как она придет с животиком! И уж напоследок еще раз: «так что, я Вас жду!».

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».

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 обобщённо. 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.

Например, в конце консультации, в случае отказа женщины от сохранения беременности, наступает тяжелый момент, когда производится выписка направления с указанием всех данных и больницы, куда женщина отправится. Это происходит в полной тишине, но ПЕРЕД выпиской документов акушер-гинеколог МОЖЕТ СКАЗАТЬ следующее: «А Вы знаете, нередко бывает, когда от меня уходит женщина с анализами и направлением на аборт,

к беременности или на этапе планирования отношений с мужчиной. В случае, если беременность уже наступила, необходимо не игнорировать, а принять эту реальность такой, как она есть, и начать искать вместе с женщиной позитивные стратегии, поддерживающие, помогающие, жизнеутверждающие, исключающие разрушительное воздействие на женщину и ее внутриутробного ребенка.

Чего делать нельзя:

1. Отвечать агрессией. Это исключит возможность конструктивного диалога и сведет консультацию к ссоре/скандалу.

2. Относиться к такому поведению как к следствию твердого решения об аборте.

3. Поддаваться привычным социальным стереотипам восприятия ситуации женщины.

Одиночество

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

Что с этим делать?

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

Чего делать нельзя:

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

5. Проблемы, поднимаемые в процессе консультирования

5.1. Экзистенциальные проблемы

В процессе консультирования по проблеме абортов неизбежно всплывают вопросы, связанные со смыслом жизни. Проработка экзистенциальных проблем требует достаточно высокого уровня профессиональной компетенции консультанта. 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. Современный человек страдает чаще всего от чувства утраты смысла жизни или недостаточного понимания своего 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» (В. Франкл, «Человек в поисках смысла».– М.: Прогресс, 1990, 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»).

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 амбивалентны, 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

– 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 – непременная 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 выспрашивания, 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, позволь консультант продолжать признание или, уловив удлиненную паузу, задай 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.

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 может иметь успех только при совпадении нескольких обязательных условий. Решение экзистенциальной проблемы потенциальной матери (отца) уже зачатого (но для неё - будущего) ребенка возможно при обязательном соблюдении предпосылок:

– клиентка (клиент) готова (готов) к изменениям;

– 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 может 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.

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.

5.2. Проблемы межличностных отношений

В процессе консультирования по проблеме абортов 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 абортов 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 выстраивать 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 неудовлетворяющие, 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.

Психолог должен проанализировать и вскрыть проблемы взаимоотношений беременной женщины с родными матерью и отцом, детьми, если они в сознательном возрасте, потому что латентные формы конфликтов, конфликты застарелые, непроработанные могут влиять на принятие решения. Даже если женщина и не осознает этого.

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 «попугайства», 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;

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.

6. Рекомендуемые техники консультирования.

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 Вы 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 изменятся Ваша жизнь, отношения с окружающими?»).

4. Сосредоточение внимания клиента на чувствах («Что Вы чувствуете, когда рассказываете мне?», «Что Вы 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.