

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН по вопросам сохранения беременности



■ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН
ПО ВОПРОСАМ СОХРАНЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ

Методические рекомендации

Составитель С.А. Безрукова

Пенза
КотОМ
2017

УДК 159.99
ББК 88.53
Б40

Б40 Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности: метод.реком. сост. С.Безрукова. – Пенза: КотОМ, 2017. — 88 с.

18+

Методические рекомендации адресованы психологам, социальным работникам, врачам-гинекологам, волонтерам и сотрудникам НКО — всем тем, кто заинтересован в работе с беременными женщинами в ситуации репродуктивного выбора.

УДК 159.99
ББК 88.53

© Безрукова С.А., составление, 2017
© Кузнецова А.Ю, Ульянова О.В.
© Оформление Издательство “КотОМ”, 2017

ПРЕДИСЛОВИЕ

Благотворительный фонд поддержки семьи, материнства и детства «Покров» официально зарегистрирован в январе 2011 года. Но программа «Жизнь как дар», которая направлена на женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора, начала реализовываться гораздо раньше. Первый ребенок, сохраненный благодаря программе, родился 9 февраля 2009 года. За это время был накоплен значительный опыт работы.

С 2014 фонд «Покров» организует работу Центра защиты материнства в городе Пензе. На его базе проводится комплексная реабилитация беременных женщин, принявших решение об отказе от аборта и одиноких матерей с детьми, оказавшихся в кризисной жизненной ситуации.

При поддержке Благотворительного фонда «Покров» осуществляет работу Служба доверия для беременных, которая оказывает помощь беременным женщинам в кризисной ситуации. По телефону женщина может получить консультации юриста, психолога, социального работника.

Благотворительный фонд «Покров» выбран в качестве площадки для реализации пилотного проекта по созданию ресурсного центра для НКО, осуществляющих свою деятельность в сфере защиты семьи, материнства и детства в Приволжском федеральном округе.

В рамках программы обучения психологов медико-социальных кабинетов Минздрава Пензенской области, проводящих доабортное психологическое консультирование в женских консультациях города и области, специалистами фонда была разработана программа обучающего семинара-тренинга и организованы курсы по повышению квалификации психологов в области консультирования женщин в ситуации репродуктивного выбора.

Правовой основой для реализации психологического доабортного консультирования являются следующие документы:

- Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №606 «О мерах реализации демографической политики Российской Федерации»
- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года
- Приказ Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. №389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях»
- Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
- п. 3 ст. 56 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 13 октября 2010 г. №15-0/10/2-9162 Методические рекомендации «Психологическое доабортное консультирование», разработанные Учебно-методическим центром психологического доабортного консультирования «Центр общественных инициатив».

- Методические рекомендации, разработанные Центром общественных инициатив, были приняты за основу при составлении данного пособия. Кроме того, в него были интегрированы практические наработки специалистов Благотворительного фонда «Покров», а также опыт работы Благотворительного фонда «Семья и детство».
- Материалы данной брошюры адресованы психологам, социальным работникам, врачам-гинекологам, волонтерам и сотрудникам НКО – всем тем, кто заинтересован в работе с беременными женщинами в ситуации репродуктивного выбора.
- Методическое пособие состоит из шести разделов, каждый из которых включает в себя теоретические материалы, вопросы для самопроверки и дополнительные практические материалы (см. в приложениях).

ВВЕДЕНИЕ

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

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

Проблемы материнства в современном обществе перестали быть проблемой одной отдельно взятой пары потенциальных родителей. С некоторых пор в России вопросы поддержки материнства стали фактором национальной безопасности.

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

*Из отчета советника Президента Общероссийской общественной организации «Деловая Россия» Алексея Ульянова.
22 Ноября 2010*

«Еще с советских времен наша страна является мировым лидером по числу аборт в относительном (1 место) и абсолютном (2 место после Китая) выражении. Советская Россия первой легализовала аборт в 1920 г. С 1936 по 1955 гг. последовал период официального запрета, затем аборт вновь легализовались, и к 1964 г. в РСФСР по их числу был побит печальный рекорд – 5,6 млн. К 1980 г. их число медленно снижается до 4,5 млн.

Не прослеживается прямой связи проблемы аборт с периодом радикальных экономических реформ 1990-х гг. Более того, в последнее десятилетие XX века произошло самое заметное снижение числа аборт – почти в 2 раза (с 4,1 до 2,1 млн. в 2000 г.)

Правительством России после 2000 г. были приняты определенные меры по ограничению числа аборт – в 2003 г. был сокращен перечень социальных показаний к аборт на поздних сроках беременности, в 2007 г. – медицинских показаний, а в 2009 г. – запрещена реклама аборт.

В 2008 г. было произведено 1,26 млн. аборт. А в 2007 г. впервые за 50 лет число рождений превысило в России число аборт. Тем не менее, по разным источникам от 50 до 60% беременностей все же заканчиваются аборт, а общая численность ежегодных аборт превышает 1 млн.»

В исследовании, проведенном рейтинговым агентством Standard & Poor's

(S&P), аналитики предрекают, что без кардинального изменения отношения к демографической ситуации в России за 40 лет, с 2010-го по 2050-ый, численность населения России уменьшится с 150 миллионов (по другим офици. источникам – со 141 млн.) до 116 миллионов. При этом доля трудоспособных россиян от общего числа за тот же срок упадет с 74% до 60%.

Standard & Poor's считает, что без реформ Россию ждет резкий (с 12,5% до 25,5% ВВП) скачок расходов, связанных с демографическим фактором. Так, на пенсии вместо 9,4% ВВП в 2010 г. пойдет 18,8% в 2050 году.

Как отмечают авторы отчета, несмотря на проводимую в РФ политику стимулирования рождаемости, коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной детородного возраста) в стране остается низким: в 2008г. он равнялся 1,5, в то время как в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) его среднее значение составляло 1,8. При этом Россия имеет высокий показатель смертности (количество смертей на 1 тыс. жителей): в 2008г. он достигал 14,6, то есть был почти вдвое выше, чем в среднем по странам ОЭСР (8,1).

В реальности на сегодняшний день в России фактически нет сложившейся системы оказания помощи беременным женщинам в кризисной ситуации.

В связи с этим существует острая социальная потребность в комплексной адресной поддержке беременных женщин и их семей, находящихся в трудной жизненной ситуации и стоящих в связи с этим перед выбором сохранения или прерывания беременности, отказа от новорожденного, а также комплексной поддержки семьи.

В 2010–2013 гг. во многом благодаря поддержке Благотворительного Фонда свт. Василия Великого в регионах России открылось 14 приютов, действуют 50 центров защиты материнства для беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, где женщины получают комплексную социальную, психологическую, юридическую и материальную помощь.

Большую роль в организации помощи женщинам играет медицинский персонал и сотрудники тех организаций, где осуществляется кризисное консультирование. Согласованная позиция всех специалистов государственных и общественных организаций способствует тому, чтобы имелась возможность выявления той категории женщин, которые готовы сохранить беременность в случае оказания им квалифицированной психологической и иной помощи, чтобы беременная женщина могла найти выход из сложившейся кризисной ситуации, не отказываясь от материнства.

Опыт показывает, что проблемы, с которыми сталкиваются беременные женщины, не столько материального, сколько этического и психологического характера. Они бывают связаны с неумением выстроить защиту в ситуации психологического насилия в семье, нарушением эмоциональных взаимосвязей с матерью, неуверенностью в своих силах.

Часто в нашем обществе женщина, ждущая ребёнка, не получает поддержки от окружающих, а, напротив, оказывается в плотном кольце агрессивно настроенных родственников, коллег и подруг, твердящих ей: «Зачем тебе лишние хлопоты? Зачем плодить нищету? Несчастной будешь и ты, и ребёнок!» В подобных случаях женщине может быть достаточно встречи хотя бы с одним че-

ловеком, относящимся к ней с участием и пониманием, чтобы её материнское чувство вновь возродилось.

Консультирование женщин, собирающихся прервать беременность, должен осуществлять квалифицированный профессиональный консультант. И только в случае отсутствия профессиональных консультантов (психологов, психотерапевтов) консультации, направленные на предотвращение аборт, могут проводить и другие специалисты, занимающиеся данной проблемой, но имеющие уровень подготовки в области общей и медицинской психологии практически на уровне профессионального психолога.

Однако при этом необходимо соблюдение следующих требований:

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

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

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

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

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

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

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

Можно обозначить общие требования к личности консультанта:

- тактичность, толерантность;
- доброжелательное отношение и сочувствие;
- способность держать при себе свои личные взгляды;
- проработанные собственные травматические переживания, связанные с

- абортом, если таковые переживания имелись;
- толерантность к агрессии клиента / умение с ней работать;
 - умение работать с немотивированным клиентом.

Большое влияние на результат консультативных встреч будет оказывать установка, общее отношение к женщине, собирающейся прервать беременность. Один из главных принципов работы психолога «не навреди». Причем в случае консультации по проблеме абортов «не навреди» относится к двум человеческим жизням. И здесь нужно уметь любить их обоих. У консультанта есть шанс помочь родиться малышу, и вырасти как личности, как человеку его маме.

ПОНЯТИЕ О КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРИТЕРИИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

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

Угроза прерывания может быть выражена в разной степени.

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

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

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

Три важные закономерности, связанные со степенью риска прерывания беременности:

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

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

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

ФАКТОРЫ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

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

ВАРИАНТЫ РАЗРЕШЕНИЯ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

жизнью?

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

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

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

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

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

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

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

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

Информированность. Хорошо, если женщина просто выслушает информацию о возможных последствиях прерывания беременности. Чаще всего, женщины, не меняющие своё решение и прерывающие беременность, подвергают эту информацию вытеснению из сознания.

Однако при наступлении негативных последствий эта информация, скорее всего, актуализируется, что уже не даст возможности женщине «списать» возникшие проблемы со здоровьем на случайность или халатность/некомпетентность врача, а поможет в осознании того, что эти причины кроются в самом факте аборта. Также полученная информация может актуализироваться при возникновении следующей кризисной ситуации – возможности нежеланной беременности или её возникновении, переживании кризисной беременности самой женщиной, кем-то из знакомых или родственниц женщины. В этом случае повы-

шается вероятность того, что женщина уже не прибегнет к прерыванию как к привычному средству «предохранения» от рождения ребёнка, а также сможет оказать поддержку другой женщине.

Широкое распространение достоверной информации о последствиях данного медицинского вмешательства (хотя бы через женщин, переживающих кризисную беременность) способствует постепенному формированию в обществе более адекватного представления об аборте и соответствующего к нему отношения.

Решение, принятое «с открытыми глазами». Женщина, даже приняв информацию и проделав необходимую внутреннюю работу, может, по ряду причин, не переменить своё решение. Однако тот факт, что она была проинформирована о возможных последствиях, о возможных путях помощи, и уже после этого отказалась от решения родить ребёнка, в отдаленной перспективе более благоприятно скажется на её психическом состоянии. Приняв осознанное решение, она будет воспринимать себя уже не как жертву обстоятельств, а как человека, который взвесил все «за» и «против» и готов нести ответственность за свой поступок.

С точки зрения психического благополучия эта ситуация гораздо более благоприятна, даже если впоследствии женщина испытает раскаяние и чувство вины. Осознанное принятие решения дает женщине возможность анализа и контроля по отношению к потенциальным, могущим возникнуть физическим, психологическим и семейным последствиям прерывания беременности.

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

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

Честная и полная информация, предоставленная женщине на этапе кризисного консультирования, даже если тогда она была встречена враждебно, может актуализироваться некоторое время спустя. Зачастую именно это помогает женщинам признать свою вину перед собой и нерожденным ребёнком, принять тот

факт, что прерывание беременности было ошибкой, слабостью. Это открывает путь к тому, чтобы суметь простить себя самой, уйти от фиксации на прошлом и бесплодных самообвинений, начать заботиться о своей жизни и близких людях.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

1. Что значит «кризисная» беременность?
2. Каковы критерии кризисной беременности?
3. Какие факторы способствуют «кризисности» беременности?
4. Варианты разрешения кризисной беременности.

Дополнительные материалы см. Приложение 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Деятельность психолога по доабортному консультированию осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 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 аборт, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности.

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

Главная задача – сформировать у врачей-гинекологов позицию «за сохранение беременности». В этом случае врач сам выполняет соответствующую роль, разъясняя женщине необходимость, целесообразность и «здоровьесообразность» рождения ребенка.

Задача-минимум – сформировать у медицинского персонала позицию терпеливого отношения, непотворения работе психолога-консультанта с женщинами, собирающимися прерывать беременность. Конкретно эта позиция выражается в том, что если сам врач и не отговаривает женщину от этого шага, то хотя бы направляет ее к психологу.

Безусловно, работу в женской консультации следует начинать с задачи-максимум. Для этого психолог или руководитель может провести ряд бесед, например, во время регулярных совещаний медперсонала. В этих беседах рассматриваются вопросы демографического кризиса, опасности аборта для психического и соматического здоровья женщины, духовная основа проводимой работы.

Если психолог в процессе работы ощущает определенное сопротивление (это легко определить по разнице между направленными к нему женщинами и количеством абортов), целесообразно предложить медперсоналу консультативную помощь по интересующим их вопросам. Это можно сделать во время одной из бесед, например, следующим образом: «Кроме консультирования женщин, собирающихся прервать беременность, я консультирую по вопросам супружеских и детско-родительских отношений» (конечно, в том случае, если специалист действительно обладает необходимой теоретической и практической подготовкой).

Здесь будет наблюдаться такая тенденция: сначала по вопросам, не связанным с абортами, врачи будут направлять пациентов, знакомых, и затем, убедившись в безопасности и эффективности консультаций, будут обращаться сами. В результате постепенно все женщины, берущие направление на аборт, будут проходить через психолога-консультанта.

Опыт показывает, что эффективность работы по предупреждению аборта зависит не только от профессионализма психолога, но и от условий проведения консультирования.

Во время психологического консультирования клиент с меньшей настроенностью раскрывает и исследует свои проблемы, если консультирование происходит в хорошо оборудованном кабинете. К помещению, где проводится консультирование, предъявляются определенные требования (Приказ Минздравсоцразвития от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи», приложение № 8).

Кабинет психолога должен быть просторным, не менее 20 м². В тесном пространстве клиент чувствует себя напряженно, и консультанту сложно установить доверительный контакт. Беседа должна проходить в звуконепроницаемом помещении в спокойной обстановке. Кабинет должен быть уютным, стены должны быть окрашены в спокойные тона и оформлены фотографиями или детскими рисунками на тему семьи. Стол, удобные стулья (3-4 на случай приема нескольких человек, например, супружеской пары или родителей клиента) также необходимы для работы психолога. Для проведения сеансов по снятию стресса требуется уютная комната, для показа тематических фильмов необходимы телевизор и DVD-проигрыватель.

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

Опыт показывает, что в тех учреждениях, где медицинский персонал разделяет взгляды, что общая эффективность оказания помощи кризисным беременным напрямую зависит от слаженности работы специалистов всех четырех направлений (врача-гинеколога, психолога, социального работника и юриста), там начинается совместная работа и видны результаты – женщины делают выбор в пользу сохранения беременности.

С кризисной беременной нужна командная работа, в которой каждый специалист должен выполнять строго свои профессиональные функции:

- врач акушер-гинеколог: профессиональное и полное информирование о вреде аборта, о внутриутробном развитии, сопоставление состояния здоровья женщины с возможностью и целесообразностью продолжения беременности;
- психолог: психологическое консультирование: личностные и внутрисемейные проблемы, страхи, эмоциональные травмы, анализ текущей ситуации, сомнения; психологическая подготовка к родам
- социальный работник: исследование возможных ресурсов финансовой и социальной помощи, сопровождение женщины;
- юрист: консультации по вопросам прав и гарантий беременной женщины в сфере трудоустройства, обучения, льготы, гражданство, размеры и условия выплаты денежных пособий, продолжительность отпуска и т. д.

Некоторые врачи считают возможным склоняться к аборту «социально не-

благополучных» женщин – из соображений «социального блага». «Социальное неблагополучие» при этом – это то, что таковым является в понимании данного врача. В некоторых случаях речь идет о социально дезадаптированных женщинах, не работающих, алкоголизирующихся, имевших в прошлом проблемы с родительскими правами. Бывает, что речь идет о молодых выпускниках детских домов, которые, по мнению медина, не справятся с воспитанием. Иногда в разряд «социально неблагополучных», по мнению врача, могут попасть не слишком состоятельные многодетные мамы. Тревожные прогнозы врача в данном случае – это его эмоциональные сложности, его субъективное мнение. Но эти сложности не должны управлять действиями врача. Врач должен смотреть на пациентку исключительно со своей профессиональной – медицинской – точки зрения: как протекает беременность, и какое лечение необходимо (если необходимо).

Вопросами, связанными с родительской компетентностью, зрелостью материнской сферы, лечением сопутствующих (не гинекологических) заболеваний, социальными, бытовыми, профессиональными и прочими сложностями должны заниматься другие профильные специалисты: врач соответствующего профиля, психолог, социальный работник, юрист.

Врач, решающий с помощью склонения к аборту «помочь» женщине в её психологических или социальных сложностях, поступает так же неадекватно, как неадекватно поступил бы психолог или социальный работник, взявшийся вести беременность и назначивший лекарственные препараты.

«Вторжение» врача в смежные профессиональные области возможно только в форме информирования о том, что подобные вопросы – это сфера профессиональной компетентности такого-то специалиста, а найти его можно там-то и тогда-то.

Консультации с кризисными беременными может проводить и один специалист, но при возможности лучше распределить их по соответствующим специалистам.

Общие принципы работы консультанта:

- максимальное внимание к предъявляемым женщиной проблемам;
- акцент на позитивные переживания – симпатия к ребенку, обогашение внутреннего мира женщины через материнство. Взывание к страху, стыду и вине является: а) незэтичным и непрофессиональным, б) неэффективным, так как сводит к нулю доверие к консультанту, усиливает психологическую защиту женщины и осложняет возможность принять беременность.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

1. Какие документы являются основанием для осуществления доабортного консультирования?
2. В чем заключается командная работа по консультированию женщин в ситуации репродуктивного выбора?
3. В чем может заключаться трудность работы консультанта в женской консультации?

Дополнительные материалы см. Приложение 2

СПЕЦИФИКА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ИДУЩИХ НА ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

1. КЛИЕНТКА НЕ МОТИВИРОВАНА НА РАБОТУ С ПСИХОЛОГОМ, А ИНОГДА ДАЖЕ НАСТРОЕНА НЕСКОЛЬКО ВРАЖДЕБНО («Я РЕШИЛА САМА И НЕ ИМЕЮ ПОТРЕБНОСТИ ОБСУЖДАТЬ ЭТО С КЕМ БЫ ТО НИ БЫЛО»)

Женщины попадают на консультацию в какой-то степени недобровольно – по принуждению врача, при этом они знают, что такой поступок как аборт заслуживает морального осуждения и ожидают от психолога негативной оценки своей личности. Поэтому вполне понятна закрытость и отгороженность клиента, с которой он приходит на прием. В связи с этим первоочередной задачей психолога является именно преодоление барьера недоверия и настороженности сидящей перед ним женщины. Для этого консультант должен демонстрировать позитивное отношение к клиенту, стараться выдерживать максимально доброжелательный тон беседы. Не нужно сразу спрашивать о причинах аборта и затрагивать какие-либо глубокие проблемы, лучше сначала задавать больше формальных вопросов: анкетные данные; количество, возраст, пол детей; семейное положение; срок беременности. Это поможет не только собрать необходимую информацию консультанту, но и позволит самой женщине расслабиться, немного успокоиться, понять, что никакой опасности для целостности ее личности нет, и настроиться на рабочий лад. Если по каким-либо причинам внутреннее сопротивление клиента преодолеть не удалось, то дальнейшая работа с ним не представляется эффективной.

2. КЛИЕНТКА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НАХОДИТСЯ В СТРЕССОВОМ СОСТОЯНИИ.

Незапланированная беременность неизбежно является стрессогенным фактором. Перед женщиной встает нелегкий выбор – отказаться от своих планов, потерять финансовую стабильность, кардинально изменить образ своей жизни и родить ребенка, либо уйти от этой «проблемы» посредством операции, которая сама по себе является стрессом для большинства женщин. Ослабить эмоциональное напряжение помогает беседа о внутренних переживаниях клиента. Можно спросить о том, какая была первая эмоциональная реакция в тот момент, когда женщина узнала о своей беременности, как она трансформировалась в дальнейшем и с чем это было связано; что она чувствует, когда думает о своей беременности в данный момент; является ли данная ситуация для нее критической и почему (напр., испытывает чувство вины по отношению к своему малышу, опасается сделать неправильный выбор, боится аборта и его последствий). Но лучше всего, если психолог сначала сам озвучит те эмоции, которые может испытывать женщина (при этом он должен быть уверен в относительной точности своих предположений и может быть даже использовать для этих целей

экспресс-диагностику эмоционального состояния) и предложит клиенту это каким-либо образом прокомментировать. Если эта часть работы выполнена качественно, психолог может завоевать определенное доверие со стороны женщины и поможет ей начать рассказывать о своих проблемах и, возможно, причинах решения сделать аборт.

3. Непродолжительное время консультации.

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

За время консультации психолог должен решить три основные задачи:

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

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

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

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

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

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

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

ЭТАПЫ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

НАЧАЛО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ БЕСЕДЫ:

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

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

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

СЕРЕДИНА КОНСУЛЬТАТИВНОЙ БЕСЕДЫ

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

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

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

ЗАВЕРШЕНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ БЕСЕДЫ

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

На заключительной стадии психолог предоставляет клиенту дополнительный материал – литературу или фильм, а также выполняет диспетчерскую функцию. Многие проблемы, поднятые клиентом, могут быть связаны с необходимостью обращения к другим специалистам: юристу, социальному работнику и др. Психолог должен предоставить женщине информацию о том, куда она может обратиться для решения непсихологических проблем.

УЧЕТ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

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

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 ситуации решение об аборте может возникать двумя путями:

- «подсказка» кого-либо из близкого окружения женщины (можно рассматривать как форму давления);
- импульсивное самостоятельное решение женщины, основанное на тиражировании собственного abortивного опыта (повторный аборт, привычное решение привычной проблемы) или тиражировании социального abortивного опыта (распространенность abortов как средства выхода из подобных ситуаций).

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

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ?

Успокоить, объяснить её состояние, посочувствовать.

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

Амбивалентность может быть выражена в разной степени – от явных колебаний до почти полного слияния сознания с мыслью о прерывании беременности. В беседе с женщиной специалист может наблюдать следующие признаки амбивалентности:

- прямые вербальные сообщения о сомнениях («Не могу решить...»);
- рассуждения о преимуществах и недостатках одного и другого решения;
- вопросы о последствиях аборта, обращение к жизненному опыту врача (или другого специалиста), прямое обращение к специалисту за советом;
- эмоциональная напряженность, нервозность, плач (или «глаза на мокром месте») без высказывания сомнений или даже при утверждении, что намерение сделать аборт является твердым, взвешенным и окончательным.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ?

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.

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 форме я-сообщения: «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 абортom?»). Необходимо, чтобы женщина как

можно более подробно высказалась. Это поможет ей лучше понять своё состояние, увидеть реальный уровень сложностей, более взвешенно принять решение.

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, поиска альтернативного прерыванию беременности выхода.

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 нерожденном 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 действительно лучше в масштабе всей жизни, а не ситуативно легче.**

ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ:

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

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, не высказанные 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.

Нельзя скрывать эмоционально неприятную информацию об аборте (или просто обманывать пациентку) с целью её «успокоить». Во-первых, повторяем, Вы не можете дать гарантию того, что данная операция пройдет без осложнений. Во-вторых, по ныне действующим правовым нормам, пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. Соответственно, подобные действия врача нарушают закон и могут стать поводом для судебного разбирательства. 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.

ТРЕВОГА.

Женщина, переживающая кризис прерывания беременности, испытывает много тревоги и страхов. Сюжет этих переживаний у каждой женщины свой, но общая черта все же есть: опасения женщины основаны на реальных сложностях, но, чаще всего, сильно преувеличены. Невольно вспоминается поговорка «У страха глаза велики». Это состояние коварно тем, что человек уже не может рассуждать здраво, трезво оценивать свои силы. Женщина находится в плену страхов, склонна субъективно оценивать сложности как более тяжелые и непреодолимые, чем они есть на самом деле, а себя, свои силы при этом недооценивает. Фактически речь идет о том, что женщина находится «не совсем в здравом уме», её способность точно тестировать реальность снижена и искажена. Сама женщина абсолютно уверена, что все так и есть, как ей сейчас видится. Она может быть очень убедительна в своих доводах, так что консультанту придется все время сверяться со своим чувством реальности, здравым смыслом, чтобы не быть «зараженным» паникой пациентки. Женщины, пережившие 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 (проходящий) 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 совладания. 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, увольнение 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 транзитном (временном) характере данного состояния.

Информировать женщину о том, что подобные состояния вызываются стрессами любой модальности: тот факт, что ей сейчас плохо, не обязательно говорит, что она не хочет этого ребёнка. Это может говорить о том, что ситуация, в которую она попала, очень значима для нее.

Искать ресурсные сферы – источники удовольствия, эмоционального комфорта, «хорошего настроения», уверенности.

ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ:

Как и в случае с другими негативными переживаниями, искажающими оценку информации, консультанту нельзя «заражаться» этим эмоциональным состоянием и некритично воспринимать доводы женщины. С другой стороны, нельзя небрежно относиться к озвученным переживаниям и отзываться о них в легкомысленно-пренебрежительном тоне («Ерунда, на это даже не стоит тратить время»).

Нельзя оказывать моральное давление, актуализировать страхи, чувство вины. Человек в состоянии подавленности практически беззащитен перед таким давлением.

ОТРИЦАНИЕ (ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА).

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

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

Однако с точки зрения здравого смысла очевидно, что это совершенно не так.

Отрицание выражено тем сильнее, чем более состояние женщины амбивалентно. Смысл отрицания в том, чтобы не пропустить в сознание лишней весомый аргумент против прерывания беременности при и без того неустойчивой решимости. Женщины «боятся» 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 у неё знаниях или твердой решимости (как она сама пытается это представить), а на защитном механизме.

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».

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) 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 пр. 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 серьезности 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 обижаю. Но все же в мои обязанности входит проговорить с Вами некоторые моменты относительно намерения прервать беременность, проинформировать Вас о последствиях». Далее можно по необходимости произнести текст, приведенный для работы с отрицанием.

В работе с агрессивной женщиной консультант должен быть предельно мягок, терпелив и осторожен.

Для консультанта может быть полезным обратить внимание на свои собственные чувства. Они могут дать диагностическую информацию о характере конфликтов пациентки (и, следовательно, это можно использовать как подсказку для выбора тематики дальнейшего разговора). Если при взаимодействии с женщиной консультант чувствует раздражение и желание «поставить её на место», то для женщины, скорее всего, актуально давление со стороны кого-то из её окружения с целью склонения к тому или иному решению, борьба за отстаивание ею права принять своё собственное решение.

Если же консультант чувствует безнадежность, бессилие, субъективную невозможность общаться с данной пациенткой, то весьма вероятно, что у женщины есть серьезные личные эмоциональные проблемы, связанные с данной беременностью, отношением к деторождению, имеющимся опытом материнства и т. п.

Необходимо относиться с критикой к привычным социальным стереотипам, например к таким как: рождение ребенка до брака, рождение ребенка после 40

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

ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ:

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

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

Поддаваться привычным социальным стереотипам восприятия ситуации женщины.

Предабортное консультирование, в силу болезненности и интимности самой этой темы, вызывает часто массу чувств как у кризисной беременной, так и у консультанта, в связи с чем с самого начала строится иначе, чем взаимодействие на уровне социальных ролей «пациент» и «врач».

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

1. В чем заключается специфика доабортного консультирования?
2. Какие задачи решаются на каждом этапе доабортного консультирования?
3. Как вести себя консультанту в случае, когда женщина проявляет агрессивные чувства, тревогу, растерянность, подавленность, отрицание, амбивалентность?

Дополнительные материалы см. Приложение 3

ПРОБЛЕМЫ, ОБСУЖДАЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

АНАЛИЗ ПРИЧИН АБОРТОВ

Сами женщины в качестве причин, толкающих их к принятию мысли об аборте, называют следующие (в порядке частоты предъявления):

1. материальные и жилищные проблемы;
2. страх перед физическими и моральными трудностями (уже есть ребёнок, уже поздно, проблемы со здоровьем, первый ребёнок проблемный, никто не помогает и т. п.);
3. неблагополучные отношения в семье (нет надежного тыла, опасность остаться одной с детьми);
4. ребёнок вне брака.

Достаточно часто беременность наступает на фоне применения средств контрацепции. В данном случае проявляется такая распространенная установка: «Это не может случиться со мной». Чаще, безусловно, такое отношение встречается у молодых девушек. Оно проявляется не только в том, что не предохраняются, но и в том, что не знают, что нет 100% средства предохранения, несмотря на то, что об этом говорится в аннотации к каждому контрацептиву. В целом у населения достаточно низкий уровень знаний об особенностях функционирования собственного организма и методах сохранения здоровья.

РАБОТА С КЛИЕНТОМ ПО ПРИЧИНАМ АБОРТА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В НЕСКОЛЬКИХ НАПРАВЛЕНИЯХ:

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

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

РАБОТА С ПРИЧИНАМИ, ПОБУЖДАЮЩИМИ ЖЕНЩИНУ СДЕЛАТЬ АБОРТ

НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ СО СТОРОНЫ ЖЕНЩИНЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО РЯДОМ ФАКТОРОВ.

Возраст – слишком молода или, напротив, «стара», чтобы родить ребёнка. Как правило, такую жалобу предъявляют женщины моложе 20 лет (в том числе, несовершеннолетние) и женщины старше 35 лет (преимущественно те, у которых уже есть хотя бы один ребёнок). Бывают и индивидуальные вариации: например, женщина 22 лет считает, что ей «еще рано», а женщина 29 лет – «уже поздно» рожать. Независимо от того, является ли возраст женщины объективно неподходящим для родов с биологической точки зрения, в таких случаях, как правило, речь идет о субъективном восприятии женщиной себя как неподходящей на роль матери. Ведь если женщина смогла зачать, беременность протекает без осложнений, женщина хорошо себя чувствует, то, вероятно, это означает, что её организм готов справиться с беременностью и родами. Характерно, что при указании на это со стороны врача, женщина может выдвинуть совсем другие аргументы против рождения ребёнка. Это доказывает, что дело вовсе не в возрасте. Возраст – зачастую лишь повод, а реальная причина намерения прервать беременность, скорее всего, в психологической неготовности к рождению ребёнка.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Сообщить женщине, что её возраст вполне подходит для родов. Обратить внимание женщины на то, что беременность протекает вполне благополучно (если это так), а следовательно, причин для паники и прерывания нет. Можно привести примеры её ровесниц, которые успешно выносили и родили детей.

Кроме того, нет возраста «хорошего» или «плохого» для воспитания ребёнка. Молодые мамы часто энергичны, подвижны, их отношения с детьми – эмоционально непосредственны и демократичны, у них много активности, которая помогает преодолевать усталость и сложности в жизни с ребёнком. Мамы зрелого возраста – более спокойны, мудры, с большим пониманием относятся к проблемам ребёнка. У материнства в любом возрасте есть свои плюсы. Об этом тоже нужно сказать женщине. Можно поговорить с ней о том, что хорошего принесет ей рождение ребёнка на данном этапе её жизни, создать положительное восприятие её будущего с ребёнком.

ПЕРВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, СТРАХ РОДОВ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ НЕГОТОВНОСТЬ К РОЛИ МАТЕРИ.

Как показывает опыт работы с беременными женщинами, первая беременность (особенно незапланированная) вызывает у подавляющего большинства современных женщин чувство растерянности, страха. Это понятная реакция, так как большинство из них не имеет опыта общения с младенцем до появления собственного первенца, немногие молодые беременные общались с другими

женщинами, которые уже выносили и родили детей. А неизвестность – так устроена психика – естественным образом вызывает тревогу. Зачастую у женщины возникают мысли, что ей ещё рано, она не готова заботиться о ребёнке, из неё получится плохая мать.

Следует отметить, что, во-первых, эти мысли не связаны напрямую с возрастом женщины, а во-вторых, подобные прогнозы почти никогда не сбываются. Напротив, женщина волнуется именно потому, что уже чувствует ответственность за ребёнка, и, скорее всего, станет добросовестной, заботливой матерью. Кроме того, многие женщины воспринимают беременность почти как болезнь, а родов просто-напросто боятся. Именно с этими нереалистичными опасениями связаны тревоги женщины при первой беременности. Если страхи очень сильные, или есть какие-то дополнительные сложности иного плана (семейные отношения, социально-бытовые и т. п.), то возникает импульсивное, основанное на страхе желание избавиться от ребёнка.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Прежде всего, нужно переформулировать тревогу женщины, которую она воспринимает как нежелание сохранить беременность, в чувство ответственности за судьбу ребёнка – то есть истинное материнское чувство. Это можно сделать, например, так: «Вы говорите, что не готовы стать матерью, Вам ещё рано, Вы чего-то не умеете, не знаете, это слишком большая для Вас ответственность. Но те женщины, которые действительно не готовы и безответственны, даже не задаются вопросом «А готова ли я?». Ваша тревога говорит о том, что Вы уже заботитесь о будущем Вашего ребёнка, чувствуете за него ответственность. Вы уже сейчас относитесь к нему как хорошая, заботливая мать. Конечно, Вас, как и многих людей, пугает неизвестное. Но ведь ребёнок появится не завтра, у Вас ещё более полугодя, чтобы и морально подготовиться к этому моменту, и создать для малыша необходимые условия. Но, прежде всего, нужно не посягать на самое необходимое для ребёнка – его жизнь». После этого можно переходить к обсуждению других имеющихся проблем.

Если женщина боится родов, нужно рассказать ей о том, как в норме проходит этот процесс. Можно предоставить литературу по данной теме, направить в группу по подготовке к родам. Иногда достаточно бывает простого утешения, что женский организм приспособлен к беременности и родам, это естественные (в отличие от прерывания беременности) процессы.

Если основным аргументом против ребёнка остается неготовность женщины к роли матери, необходимо направить её на психологическое консультирование, где она сможет обсудить свои страхи, получить поддержку. Можно также посоветовать женщине поговорить на эту тему с её знакомыми, спросить, было ли у них чувство неуверенности, были ли у них подобные проблемы, как они их решили, пожалели ли о рождении ребёнка. Можно посоветовать информационную литературу по уходу за новорожденным, тематические Интернет-сайты.

НЕЗАПЛАНИРОВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

Женщина, которая забеременела случайно, узнав об этом, как правило, испытывает чувство растерянности. В зависимости от конкретных жизненных обстоятельств, наличия сопутствующих проблем, растерянность может сопровождаться страхом, подавленностью, стыдом и другими неприятными чувствами. Часто возникает досада, так как незапланированная беременность никогда не бывает «кстати», даже у тех женщин, которые хотели бы родить ещё детей. Практически всегда, если женщина не планировала зачатие, если это произошло не специально, возникает необходимость на время отложить ряд дел, возможно, очень нужных и актуальных, пересмотреть режим дня, для работающих женщин – график работы, изменить образ жизни. Зачастую эти перемены нужно произвести быстро, и у женщины возникает мысль: «как я справлюсь, когда я буду делать то, что нужно сделать срочно, как я это успею, когда я теперь смогу вернуться к запланированному, начатому, незаконченному?».

Подобные размышления могут вызывать досаду, легкую тревогу и эмоциональный дискомфорт, а в некоторых случаях серьезно пугать женщину, доводить до паники и чувства полной беспомощности. В данной ситуации мысль об аборте приходит в связи с желанием «отложить» зачатие «до лучших времен», но не является истинным нежеланием родить этого ребёнка.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Прежде всего, следует «нормализовать» чувства женщины, пояснить, что в подобной ситуации многие сначала чувствуют себя так же как она, это нормальная реакция на неожиданное известие. Далее нужно предложить подробно обсудить её жизненную ситуацию, чтобы разобраться, есть ли что-то действительно несовместимое с рождением ребёнка.

Необходимо терпеливо расспросить женщину о том, какие она видит для себя трудности в том, чтобы сохранить данную беременность, как ей придется изменить свою жизнь, от чего отказаться, что на время отложить.

Консультанту следует целенаправленно вводить различие между «отказаться, потерять» и «отложить на время». Согласитесь, что «остаться без высшего образования» и «закончить институт на год-два позже» – совершенно разные вещи. Кризисные беременные очень часто, в силу своего состояния, склонны видеть жизненную ситуацию именно по принципу «отказаться, остаться без, потерять» и испытывают облегчение, когда понимают, что рождение ребёнка влечет за собой не потерю возможностей, а лишь отсрочку в реализации намеченных планов. Можно задать вопрос о том, насколько страшно для неё будет то, что она выполнит намеченное не в этом году, а через 1–3 года.

Далее можно поинтересоваться, доводилось ли пациентке ранее попадать в ситуации, в которых она вынуждена была не по своей воле резко менять образ жизни, что-то откладывать, к чему-то приспособливаться. Были ли среди этих ситуаций такие, которые со временем успешно разрешались. Можно сравнить эти ситуации: как она чувствовала себя в самом начале, когда только узнала о том, что ей предстоит; как менялись со временем её чувства; удалось ли ей справиться; какие чувства она испытала в конце, когда то, что сначала казалось неразрешимым и невозможным, осталось позади.

Следует подчеркивать, что, уж если речь идет об аборте, то мы говорим не о том, что «вот лучше бы забеременеть на годик-другой попозже», а о том, что она уже беременна. Возможно, в её обстоятельствах действительно разумнее было бы отложить зачатие, но когда зачатие уже совершилось и речь идет об уже развивающейся беременности, то приходится сравнивать бытовые неудобства и вред аборта. Последнее зачастую оказывается гораздо хуже.

Если женщина говорит, что она «в принципе» хочет ещё детей или же планировала забеременеть через какой-то конкретный промежуток времени, нужно спросить ее, чего она хочет достичь к тому моменту, когда планирует беременность. Как правило, речь идет о завершении каких-то текущих дел, определенном уровне стабильности и благополучия.

Здесь есть три принципиальных момента. Во-первых, является ли сегодняшняя ситуация совершенно неподходящей, или же можно как-то пересмотреть свои планы, что-то сделать побыстрее и т. д. Во-вторых, бывают ли вообще ситуации, идеальные для рождения ребёнка? Жизнь никогда не поддается нашему контролю на 100%. Как правило, достигая желаемого, планируемого, мы, с течением времени, получаем и новые проблемы, требующие решения. Так рождение ребёнка можно откладывать очень долго, все время что-то будет мешать. И, в-третьих, следует обратить внимание на возможные постабортные осложнения, которые могут нарушить её планы «сейчас отложить и забеременеть через полгода». Это очень серьезно: вместо желанной беременности в определенный женщиной срок она может получить длительное лечение после прерывания уже развивающейся и благополучно протекающей беременности.

И последний, самый, пожалуй, оптимистичный, жизнеутверждающий аспект, который тоже нужно затронуть. Часто бывает так, что неожиданные события, которые ломают наши планы, вызывают досаду и тревогу, приносят нам помимо проблем, которые мы предвидим, новые возможности, которых мы даже не могли себе представить. При принятии «нежеланной» беременности жизнь может непредсказуемым образом измениться не только в худшую, но и в лучшую сторону.

НАРУШЕНИЕ КОНКРЕТНЫХ ПЛАНОВ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОВАНИЕМ, КАРЬЕРОЙ, ОТПУСКОМ И ДР.

Эта ситуация является вариантом, подвидом незапланированной беременности. Разница только в степени «конкретности» помех к принятию решения о рождении ребёнка. В качестве причин для аборта в подобных случаях выдвигаются совершенно конкретные доводы: «мне нужно закончить (поступить в) институт», «через полгода меня повышают в должности с серьезным повышением зарплаты; если я уйду в декрет, этого не будет», «мы с мужем уже несколько лет хотим провести отпуск вместе; через три месяца мы едем отдыхать в Испанию, а беременным не рекомендуется смена климата и перелеты», «мы купили квартиру, сейчас нужно закончить ремонт, потом собирать вещи, переезжать, обживаться на новом месте; я не смогу все это делать, будучи беременной» и т. п. Эти доводы бывают объективно достаточно вескими, но иногда и совершенно легкомысленными. В любом случае, как и при любой незапланированной бере-

менности, речь идет не об истинном неприятии этого ребёнка, а о желании «отложить» беременность и исполнить свои намеченные планы.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Общий принцип построения и содержание беседы – как при консультировании по поводу незапланированной беременности. Основное отличие в том, что в данной ситуации можно максимально сфокусироваться на конкретных обстоятельствах. Прежде всего, следует выяснить, можно ли просто отложить то, что запланировано; можно ли совместить это с беременностью.

Необходимо особо подчеркнуть, что женщина уже беременна, то есть речь идет, с одной стороны, о возможности её ребёнка родиться и жить, а с другой – о реализации планов. Что для неё все-таки важнее? Здесь особенно уместно рассказать о внутриутробном развитии, об уровне развития ребёнка на её сроке беременности. Можно показать изображение, полученное на УЗИ или дать послушать сердцебиение. Дело в том, что женщина на ранних сроках беременности еще, как правило, не воспринимает ребёнка как кого-то настоящего, уже существующего, а свои планы, напротив, переживает вполне реально. Нужно попытаться «оживить» в её восприятии ребёнка, «превратить» его из абстрактной идеи в непосредственно воспринимаемый и эмоционально переживаемый опыт.

Если планы женщины не могут быть отложены, уместно предложить к рассмотрению вопрос о том, как их можно реализовать, не прерывая беременность. Здесь очень важна находчивость консультанта и его умение предлагать разные варианты поведения.

Нужно выявить все возможные ресурсы помощи и поддержки. Кто из родственников, друзей, знакомых мог бы оказать ей помощь и какую именно? Какие свои неотложные дела она может кому-то делегировать? К кому можно обратиться с той или иной просьбой? Можно ли, например, в случае с переездом, не вдвоем с мужем упаковывать вещи (что действительно долго и физически тяжело), а позвать кого-то из друзей, например, тоже супружескую пару, с тем, чтобы женщины занялись легкой работой – упаковкой, например, одежды, а мужчины разбирали бы мебель, упаковывали книги и т. д. Есть ли среди близких кто-то социально активный, кто мог бы взять на себя организационную сторону: поиск организаций, занимающихся ремонтом и перевозками, переговоры, контроль качества выполнения работ и т. д. Такой человек избавит беременную женщину от множества мелких стрессовых ситуаций, которые ей, действительно, ни к чему. Можно также подумать о том, есть ли у семьи средства, чтобы нанять кого-то для выполнения работ, которые женщина, не будучи беременной, планировала сделать сама. Можно ли попросить у кого-то займы и на каких условиях или найти какую-то подработку на короткий срок? Можно предложить женщине немедленно приступить к установлению подобных договоренностей: «Я беременна, у меня ожидается переезд, мне понадобится такая-то помощь через такой-то срок. Сможешь?».

После того, как ряд дел будет «отдан» другим людям, женщина увидит, что ей самой остается сделать не так уж и много, и это ей вполне по силам. Желательно также выяснить, какие у неё отношения с начальством, можно ли найти какие-то взаимоприемлемые условия, при которых она, не прерывая беремен-

ность, могла бы не лишаться полностью служебных перспектив.

Если консультант поддерживает связи с волонтерами или организациями, занимающимися помощью беременным (юридической, бытовой, по трудоустройству и т. д.), то очень полезно известить женщину и об этих ресурсах, задействовать их.

В общем, в этой ситуации, при хотя бы минимальном желании женщины сохранить беременность, всегда можно разработать способ поведения, позволяющий это сделать. Роль консультанта в основном в том, чтобы показать женщине, что она не один на один со всем грузом «срочных дел», выработать алгоритм поиска помощи.

НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ТЯЖЕЛОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И/ИЛИ РОДОВ.

Если в прошлом женщина перенесла тяжело протекавшую беременность, сопровождавшуюся плохим самочувствием, обострением хронических заболеваний или тяжелые, осложненные роды, она может бояться, что данная беременность принесет ей те же проблемы. Угроза прерывания данной беременности увеличивается, если в той, прошлой ситуации, осложнения, связанные с беременностью и родами, угрожали не только здоровью, но и жизни женщины. Дополнительным неблагоприятным фактором (даже и при физиологической беременности и родах) является негативный опыт взаимодействия с медицинским персоналом – его неэффективные, непрофессиональные действия, ошибки, халатность, черствое отношение, грубость и т. д. Особенно плохо, если тяжелая беременность (роды) была единственной в жизни женщины (то есть она не имеет позитивного опыта в этой сфере). Женщина может думать и чувствовать примерно следующее: «Я уже тогда натерпелась, со мной было то-то и то-то, я понесла такие-то потери, получила такие-то осложнения. Я не готова, не могу, не хочу переживать этот ужас ещё раз».

Проблемы при беременности и родах, помимо плохого физического самочувствия, боли и страхов, несут ещё ряд бытовых сложностей. Женщина с проблемной беременностью зачастую оказывается в положении тяжело больного человека, неспособного выполнять даже простую работу по дому и постоянно нуждающегося в посторонней помощи. Некоторые женщины много времени проводят в больнице, в связи с чем домашнюю работу, уход за детьми и т. д. приходится доверять кому-то другому. Осложнения ведут к временной потере трудоспособности (иногда довольно длительной), что может повлечь за собой серьезные трудности на работе вплоть до увольнения «по собственному желанию».

Страх повторения этой тяжелой, эмоционально непереносимой, физически болезненной и трудной в бытовом и профессиональном смысле ситуации может склонять женщину к мысли об аборте. Речь здесь идет, как и во многих случаях кризисной беременности, снова о страхе, иррациональных переживаниях, а не об истинном негативном отношении к беременности и рождению данного ребёнка.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Прежде всего, нужно дать женщине возможность рассказать о том, что она пережила. Сама по себе возможность пожаловаться, быть выслушанной и получить сочувствие снижает интенсивность негативных чувств, связанных с травмирующей ситуацией. Рассказ женщины лучше всего просто слушать, не перебивать и не говорить о том, что «так у некоторых бывает, ничего страшного». Ей в данной ситуации не поможет, что с кем-то «так бывает», подобное «утешение» она, скорее всего, воспримет как обесценивание её переживаний. Когда она закончит рассказ, можно сообщить ей, что Вы ей сочувствуете, что Вы понимаете, как ей действительно нелегко пришлось.

Далее консультация должна быть построена на том, что та проблемная беременность осталась в прошлом, женщина её уже пережила, а данная беременность – другая, и совершенно не обязательно будет протекать так же. Даже, скорее всего, она будет протекать иначе.

Необходимо направить женщину на медицинские обследования, которые помогут спрогнозировать некоторые особенности протекания данной беременности, риск повторения осложнений. Необходимо также проинформировать женщину, что ряда проблем можно избежать или скорректировать их при своевременном обращении к врачу с соответствующими жалобами. Можно сказать примерно следующее: «Я понимаю, как тяжело Вам дался Ваш ребёнок, сколько всего Вам пришлось пережить. Теперь Вы боитесь, что это может повториться, и поэтому хотите прервать беременность. Но перед тем, как принять это бесповоротное решение, сходите туда-то и туда-то, сдайте такие-то анализы, пройдите такие-то обследования. Только после этих медицинских процедур можно будет говорить о том, грозят ли Вам подобные проблемы при вынашивании этой беременности. Это ведь другая беременность, другой ребёнок, иммунный ответ организма именно на эту беременность может быть совсем другим, чем в прошлый раз, время прошло, Ваш организм изменился.

Кроме того, Вы получите информацию о возможной для Вас медицинской помощи в случае возникновения каких-либо осложнений. Когда вы будете иметь прогноз о протекании этой беременности, Вы, может быть, перестанете бояться. Если нет, тогда Вы сможете вернуться к вопросу об аборте».

Если женщина жалуется на то, что её проблемы при беременности и родах во многом были связаны с действиями (или бездействием) медицинского персонала, следует посоветовать ей поискать врача, взаимодействие с которым её бы устроило. При наличии медицинского полиса она имеет право наблюдаться у любого специалиста, не обязательно у своего районного акушера-гинеколога. Она может расспросить своих подруг о врачах и роддомах, консультант тоже может посоветовать ей доброжелательного врача или организацию, в которой успешно занимаются ведением проблемной беременности.

При необходимости оплаты медицинских услуг и отсутствии у женщины (семьи) материальных возможностей для этого, можно ориентировать женщину на поиск средств, в том числе привлечение помощи благотворительных организаций, занимающихся поддержкой женщин с кризисной беременностью.

Обобщая, скажем, что основная мысль беседы в том, что женщина имеет возможность выбрать специалиста, найти врача, с которым у неё сложится кон-

такт, найти медицинское учреждение, где ей помогут. Она не обречена на повторение тех страданий, которые пережила при прошлой беременности. Можно также затронуть вопрос о том, что все-таки в результате той тяжелой беременности (родов) у неё появился ребёнок, которого она, наверное, любит. В связи с этим были ли её страдания напрасными? Как она представляет свою жизнь без этого ребёнка? Материнство очень часто несет в себе боль, необходимость терпеть какие-то невзгоды, но и награда за это велика. Любая боль проходит, а ребёнок остается и приносит много радости.

НАЛИЧИЕ РЕБЁНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Наиболее распространенная мотивировка, выдвигаемая женщиной в этом случае, звучит примерно следующим образом: «У меня сейчас уже маленький на руках. Куда мне второго?». К мысли об аборте женщину склоняют следующие мысли/чувства:

- усталость от ухода за маленьким ребёнком;
- нежелание иметь дополнительные хлопоты;
- боязнь не справиться с уходом за рожденным ребёнком во время вынашивания данной беременности (особенно, если предшествующая беременность была тяжелой);
- боязнь не справиться с уходом за двумя маленькими детьми;
- опасения, что известие о беременности, так скоро возникшей после рождения ребёнка, будет враждебно воспринята мужем или другими родственниками (или имеющаяся враждебная реакция);
- убеждение, что между предшествующими и следующими родами должен пройти большой промежуток времени (опасения за своё здоровье).

Эта ситуация является вариантом «незапланированной» беременности, также на неё могут накладываться нарушения конкретных планов, связанных с продолжением образования, выходом на работу и т. д., и усталость от социальной изоляции. Содержание консультативной беседы по «смежным» факторам см. в соответствующих рубриках, здесь же мы сфокусируемся исключительно на «плюсах» и «минусах» рождения детей с небольшой разницей в возрасте.

РЕКОМЕНДАЦИИ.

Прежде всего, нужно расспросить женщину о том, что именно в факте наличия маленького ребёнка кажется ей помехой к рождению следующего. Практика показывает, что для разных женщин могут быть значимыми разные аспекты.

Если на первый план выходят страхи, связанные с тем, хватит ли собственных сил женщины по уходу за ребёнком при беременности или по уходу за двумя маленькими детьми, то следует предложить женщине рассмотреть возможность воспользоваться помощью няни (помощницы по хозяйству). Как правило, это решает все проблемы в данной ситуации. В роли няни может выступать не только наемная работница, но и родственница или подруга женщины. Можно посоветовать провести среди своих близких опрос на эту тему, хотя бы теоретический («Если бы такая ситуация случилась, ты бы мне помогла?»).

Если в близком кругу таких людей не окажется и возникнет необходимость

искать и впускать в свой дом постороннего человека, женщина может испытывать опасения по поводу добросовестности помощницы и собственного эмоционального комфорта при вынужденном взаимодействии с ней. Облегчить эти чувства можно, приступив к поискам заранее, чтобы иметь возможность найти «своего» человека, общение с которым не будет тяготить, и аккуратного в исполнении работы. Наличие времени для выбора позволяет отказаться от услуг одной няни и познакомиться со следующей. Можно воспользоваться рекомендациями знакомых, пользовавшихся такого рода услугами. Также проблемой может стать необходимость оплаты услуг. Здесь помогает опрос родственников о возможной финансовой поддержке на ограниченный срок или привлечение сотрудников из некоммерческих общественных организаций, услуги которых могут быть бесплатными (если данная беременная попадает в «целевую категорию» данной организации) или очень недорогими.

Если на первый план выходят опасения, связанные со здоровьем, необходимо провести медицинские обследования, позволяющие хотя бы отчасти спрогнозировать течение беременности, узнать, есть ли проблемы на сегодняшний день. При необходимости возможна коррекция, облегчение состояния женщины, улучшение самочувствия.

Что касается убеждения о необходимом промежутке между родами (как правило, говорят о том, что от родов до следующей беременности должно пройти не менее двух лет), то с чисто медицинских позиций оно во многом оправдано. Однако следует иметь в виду, что речь идет о том, чтобы не допускать беременности в этот период. Если беременность уже возникла, то рождение ребёнка даже с гораздо меньшим временным интервалом с точки зрения сохранения здоровья будет гораздо лучше, чем прерывание беременности и его возможные последствия.

Следует обратить внимание на здоровье женщины. Если она не имеет противопоказаний к вынашиванию беременности, и беременность протекает без осложнений, то делать аборт, руководствуясь исключительно рекомендацией о необходимом временном интервале, – абсурдно, особенно если женщина хочет ещё детей. Эта рекомендация носит общий характер, что должно быть в доступной форме разъяснено женщине, так как пациентки, не имеющие медицинского образования, склонны воспринимать данную рекомендацию очень категорично, как императив, и, забеременев ранее «положенного» срока, испытывают страхи, характер которых мы бы назвали ипохондрическим.

Кроме того, нужно проинформировать о преимуществах маленькой разницы в возрасте между детьми. Среди подобных преимуществ можно выделить социально-бытовые и психологические.

К СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫМ ПРЕИМУЩЕСТВАМ ОТНОСЯТСЯ:

- при желании женщины иметь более одного ребёнка – возможность родить их сразу «скопом» и в дальнейшем уже не отрываться от учебной или профессиональной деятельности;
- образ жизни семьи с маленьким ребёнком достаточно специфичен, имеет ряд ограничений, чем больше разница в возрасте, тем на более долгий срок эти ограничения «растягиваются»;
- примерно одинаковая диета детей, нет необходимости для каждого готовить

принципиально разные блюда;

- мама с одним маленьким ребёнком вынуждена узнавать о детских магазинах, специалистах, секциях и т. д., если второй маленький появится через несколько лет, все эти контакты придется налаживать заново;
- от первенца остаются вещи, одежда, кроватка, коляска, другие приспособления, которые можно использовать для следующего ребёнка, не покупая заново, экономя этим средства и т. д.

К психологическим преимуществам относятся:

- чем дальше старший ребёнок растёт в семье один, тем больше возникает проблем с его ревностью и эгоизмом при рождении младшего (некоторые психологи считают, что между двумя первыми детьми должна быть настолько маленькая разница, насколько позволяет здоровье матери);
- примерно одинаковый уровень развития детей, что даёт возможность одинаковых занятий с ними (можно заниматься с обоими сразу, никому из детей не скучно, водить в одинаковые секции и т. д.);
- дети, когда чуть-чуть подрастут, могут свои потребности в общении и игре реализовывать друг с другом, что даёт маме возможность отвлекаться от «детского» общения и тратить время на что-то другое, даёт ей больше возможностей отдыха;
- более тесная эмоциональная связь между детьми, сильная привязанность, сохраняющаяся долгие годы и т. д.

Женщины, отказываясь от чрезмерно быстрого рождения второго ребёнка, в полном объеме видят недостатки и тяготы этой ситуации. Задача консультанта в том, чтобы показать, что в маленькой возрастной разнице между детьми есть и неоспоримые достоинства. Можно предложить женщине вспомнить известные ей семьи (или привести известные Вам примеры), где дети родились вскоре один после другого, посоветовать ей поговорить с родителями, имеющими такой опыт. Так ли это действительно невозможно, непосильно? Сколько длится действительно тяжелое время? Можно также пообщаться с людьми, выдержавшими предписанный промежуток времени. Как сказалась разница между детьми в три и более лет на жизни семьи? Обеспечило ли выполнение данной рекомендации «беспроблемность» семейной жизни и хорошее состояние здоровья женщины? Какие были проблемы при рождении младших детей?

Фактически трудно с двумя маленькими детьми первые полтора-два года. В течение всей остальной жизни родители близких по возрасту детей пожинают плоды своего нелегкого труда и живут с меньшим количеством трудностей и стрессов.

УСТАЛОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ.

Как правило, эту жалобу выдвигают молодые женщины с незапланированной беременностью и с первым маленьким ребёнком на руках. Женщина говорит, что она намерена ещё посидеть с ребёнком до определенного срока, потом как-то его пристроить (отдать в детский сад, ясли, с кем-то оставлять) и выйти на работу (продолжить учебу). Жалуется женщина на то, что ей надоело сидеть дома и не иметь возможности никуда выйти без ребёнка, сходить в гости. Её

очень раздражает постоянная необходимость «варить каши, менять подгузники, вскакивать посреди ночи», она чувствует себя «роботом по обслуживанию младенца», а хочет «самореализации». Следовательно, если родится второй, то ситуация ухода за маленьким ребёнком, при которой она не может заниматься учебной или карьерой, ограничена в передвижениях, фактически заперта дома, растянется на субъективно невозможный для неё срок. Часто такие женщины враждебно относятся к своему зачатому ребёнку, видят в нём помеху к тому, чтобы вести желаемый образ жизни.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Содержание консультативной беседы будет пересекаться с «незапланированной беременностью», «нарушением конкретных планов», «наличием ребёнка младенческого возраста». Рассмотрим аспекты, специфические для данной ситуации.

При том, что чувства женщины можно понять, данная ситуация имеет и свои плюсы, связанные с маленькой возрастной разницей между детьми (см. выше). Можно предложить пациентке взглянуть на ситуацию с этой точки зрения.

Необходимо выслушать жалобу женщины и дать ей возможность «помечтать». Сказать о том, что Вы понимаете, в чем её сложность. Так как часто женщины испытывают (на разном уровне осознания) чувство вины за то, что «эгоистические» ценности их привлекают больше, чем «выполнение того, для чего ты предназначена природой», сообщить, что усталость, желание как-то развлечься и сменить обстановку, стремление реализовывать свои планы, заниматься интересными для себя делами, – это нормально и естественно. Можно поговорить о том, что сами по себе эти чувства не плохи. Иногда после этого женщина сама переходит к тому, что она не враждебно, а противоречиво относится к своей беременности. Выслушав женщину, посочувствовав ей, подтвердив её право желать и не желать, консультант ослабляет оборону женщины. Теперь ей не нужно спорить и отстаивать свои права. Теперь она может встретиться со своими чувствами. Чувства часто оказываются не столь однозначными, как она заявляла сначала.

Даже если женщина не сообщает о сомнениях, неоднозначном отношении к беременности, выслушивание её желаний всё равно приводит к тому, что «внутренний взор» женщины смещается с отрицания, с негатива («не хочу этого ребёнка») на позитив («хочу в гости, на работу, в спортивную секцию, освободиться» и т. д.).

Далее целесообразно предложить попробовать совместить (хотя бы в целях интеллектуального эксперимента) её желания с беременностью/рождением ребёнка. Как можно было бы больше общаться, будучи мамой двух маленьких детей? Есть ли среди её знакомых семьи, в которых принято ходить в гости с детьми и устраивать детские праздники? Есть ли среди её интересов такие, развитие которых успешно совместилось бы с играми с ребёнком? Она хочет новых контактов? Всевозможные родительские сообщества дают массу возможностей для этого. Хочет заниматься творчеством? Дизайн детской одежды и мебели открывает просторы. Она любит ходить по магазинам? Так малышу, особенно если он не того пола, как старший ребёнок, понадобятся новые красивые вещи,

которые так приятно выбирать. Да и родственники к таким покупкам относятся обычно с гораздо большей симпатией, чем к «обновлению гардероба».

В общем, данная дискуссия может пойти настолько далеко, насколько хватит совместной фантазии. А если ребенку найдется место в воображении, то значимо повышается вероятность того, что ему найдется место и в реальной жизни.

ПРОЕКЦИЯ НА ВНУТРИУТРОБНОГО РЕБЁНКА АГРЕССИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ЕГО ОТЦА

Эта ситуация встречается не очень часто и является не очевидной, однако специалисту, консультирующему кризисных беременных, следует иметь её в виду. Женщина может переносить своё негативное отношение к отцу ребёнка на самого ребёнка. Это случается как в результате острых конфликтов на ранних сроках беременности, так и в связи с хронической неудовлетворенностью отношениями с мужчиной, накопленным раздражением, затаенными обидами, нерешенными хроническими конфликтами. Единственной причиной желания прервать беременность в этом случае является тот факт, что ребёнок зачат от этого конкретного мужчины.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Данная ситуация является серьезным показанием для индивидуального или супружеского психологического консультирования. При индивидуальном консультировании мишенью работы будет выступать разделение отношения к ребенку и отношения к мужчине, а при супружеском – прояснение чувств, решение конфликтов, общая гармонизация отношений/их прекращение. Однако в любом случае отношение к ребенку должно быть «очищено» от примесей отношения к его отцу.

НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА СО СТОРОНЫ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ

Роль мужчины в принятии решения об аборте

Для большинства женщин мнение мужа (или партнера) в вопросе прерывания беременности является решающим. Негативное либо безразличное отношение отца ребёнка к беременности в качестве причины аборта упоминают около 80% клиенток предабортного консультирования. Часто они так и формулируют: «Если бы муж поддержал меня, я бы родила без колебаний».

Даже если до этого женщина рассказывала, что у неё сложная жизненная ситуация: и квартира маленькая, и зарплата небольшая; но вот если бы муж сказал, что хочет ребёнка, она бы даже думать не стала об аборте, и все другие проблемы отодвинулись бы на второй план.

Какая бы женщина ни была смелая и самостоятельная, она понимает, что в связи с рождением ребёнка она какое-то время не сможет работать, и ей важно, чтобы в этот период ей была обеспечена поддержка. Женщина боится рискнуть. Сначала ей нужно обещание от мужчины, а потом уже она согласится эту тяжесть на себя принять. Женщины очень верят словам.

Но что же все-таки оказывает влияние на женщину: само решение мужчины или его реакция на известие о беременности? Нужно различать две вещи: реакцию мужчины на известие о беременности и его окончательное решение насчет ребёнка.

В основном речь идет лишь о реакции мужчины на известие о беременности, которую женщина интерпретирует как решение. Когда консультант более подробно расспрашивает женщину, то, как правило, выясняется, что на самом деле все произошло примерно следующим образом. Когда муж узнал о беременности, он просто не испытал восторга, не сказал: «Как здорово, у нас будет маленький!» А сказал, допустим, с досадой: «У нас отпуск сорвется...» Или что-то еще. Он просто высказывает свои соображения о том, что лучше бы попозже, но женщина воспринимает его слова так, как будто он хочет, чтобы она сделала аборт. И, как правило, тему аборта первая поднимает она, затем он эту тему поддерживает, они начинают обсуждать возможность аборта и таким образом «вступают в сговор».

Кроме того, если женщина первой произносит слово «аборт», мужчина может подумать, что она просто не хочет ребёнка и путем поднятия этой темы «просит разрешения» не рожать. В такой ситуации мужчина может оробеть, побояться давить на женщину, заставляя её рожать, ведь этот труд нести ей – вынашивание, роды, кормление и т. д. А женщина, не слыша уговоров и радости по поводу прибавления в семье, делает вывод, что муж не хочет ребёнка. И в таком трагическом взаимонепонимании, по недоразумению они совершают аборт.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Следует разъяснить женщине, что растерянность мужа нужно расценивать именно как проявление шоковой реакции на известие о беременности, а вовсе не как его нежелание принять ребёнка. Вообще когда люди попадают в какую-то неожиданную ситуацию, они обычно сначала теряются. Растерянность в ответ на известие о беременности может иметь место во многих семьях. Но тут возможны две реакции на эту растерянность. Негативные эмоции в ответ на новость о ребенке могут восприниматься людьми как чувства, которые нужно просто пережить, перетерпеть.

Совсем другое, когда эти эмоции становятся поводом для того, чтобы размышлять: делать аборт или не делать. А шоковая реакция на известие о беременности может возникать даже у тех людей, для которых аборт неприемлем.

К эмоциям, в том числе негативным, стоит относиться как к некой первичной реакции. Главное, чтобы они не стали руководством к действию. Мужу требуется время для адаптации к новой ситуации. Не очень разумно ожидать или требовать мгновенную положительную реакцию. В таких случаях можно рекомендовать женщине подождать, когда мужчина успокоится и привыкнет к её беременности. Более того, женщина своим поведением может даже помочь мужу облегчить процесс адаптации. Будет правильнее, если женщина на растерянные слова мужа скажет примерно следующее: «Ну да, хорошо было бы, если бы это случилось попозже, но это случилось сейчас». И после этого начнет спокойно готовиться к рождению ребёнка. Вероятнее всего, что мужчина несколько дней

повысказывал бы свои соображения, что «лучше бы потом», но очень скоро стал бы «примерять» на себя роль отца. Задача консультанта в данном случае – помочь женщине прояснить своё собственное отношение к беременности, и если сама она хочет сохранить беременность, то строить коммуникацию с мужем исходя из этого, помочь мужу справиться с первой шоковой реакцией, пережить её.

Если он и дальше будет настаивать на аборте – не сетовать, что лучше через годик, – а именно настаивать на аборте, вот тогда уже можно утверждать, что он действительно хочет аборта, а не просто растерялся.

Психологическое давление на женщину

Чаще всего в качестве противника рождения ребёнка выступает мать беременной женщины или отец её ребёнка. Противник может высказывать самые разные аргументы в пользу прерывания беременности – кажушиеся женщине обоснованными или беспочвенными. Практически во всех случаях противник в той или иной форме оказывает давление на беременную.

Под давлением обычно понимаются угрозы (физические, экономические), очевидное физическое насилие или прямые попытки заставить женщину сделать аборт. Однако консультант должен быть осведомлен о более тонких формах давления. Давление может быть физическим, экономическим и психологическим, активным и пассивным, прямым и косвенным.

Что такое физическое и экономическое давление – обычно понятно исходя из здравого смысла. Это физическое воздействие или создание сложной для женщины финансовой ситуации, которая несовместима (объективно или субъективно) с рождением ребёнка и уходом за младенцем.

Психологическим давлением следует считать причинение женщине эмоционального дискомфорта с целью склонить её к решению прервать беременность.

Прямое активное давление осуществляется в форме повторяемых требований прервать беременность, сопровождаемых угрозами о том, какие действия последуют в том случае, если женщина решит рожать (уйду, не дам денег, выгоню из дома и т. д.). Это единственная форма давления, которая практически всегда распознается женщинами (то есть на вопрос «Оказывает ли кто-то давление на Вас?» женщина ответит «Да»).

Рекомендации

В случае выявления прямого активного психологического давления на беременную женщину можно предпринять ряд мер:

- сфокусировать внимание женщины на том, что рожать или не рожать ребёнка – это очень важное решение в её жизни и принимать его следует только исходя из собственного желания, а не из мнений третьих лиц;
- научить женщину психологическим приемам противостояния давлению (например, приему «заезженная пластинка», когда, не вступая в пререкания, женщина уверенно и четко повторяет на все уговоры и угрозы «Я решила рожать»);
- продумать вместе с женщиной стратегию её поведения в том случае, если угрозы будут осуществлены, найти ресурсы эмоциональной, финансовой и

социальной поддержки (как правило, в окружении женщины находятся люди, готовые её поддержать и оказать ей ту или иную помощь; если таких людей не находится, следует привлекать социальные ресурсы);

- можно пригласить людей, оказывающих давление, на беседу с врачом (информирование о последствиях аборта) и психологическое консультирование (разрешение конфликтной ситуации).

Следует также иметь в виду (и доводить до сведения кризисной беременной), что давление обычно оказывается на женщин, высказывающих колебания по поводу беременности и рождения ребёнка. Если женщина принимает твердое решение родить и заявляет о нём – близкие через какое-то время соглашаются с её решением. Если женщина чувствует свою неуверенность и неспособна справиться с ней самостоятельно – ей рекомендовано психологическое консультирование.

В подавляющем большинстве случаев, когда рождается ребёнок – его принимают и любят, даже если до родов кто-то из членов семьи был категорически против появления нового члена семьи.

Единственным исключением из этого правила является ситуация крайне нестабильных «экспериментальных» отношений с мужчиной. Мужчина, живущий с женщиной или имеющий с ней сексуальный контакт, но не намеревающийся создавать с ней семью, как правило, в этой ситуации покидает женщину. Однако это говорит лишь о нестабильности отношений, в которых, скорее всего, разрыв произошел бы (возможно, несколько позже) и без беременности. Мужчина, который дорожит отношениями, в этой ситуации только укрепляется в своем желании быть рядом с любимой женщиной (даже если его первая реакция на беременность была резко негативной). И, в этом случае, ситуация кризисной беременности будет только способствовать укреплению отношений, поможет перейти отношениям на качественно новый этап.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА, ПОСТАБОРТНЫЙ СИНДРОМ (ПАС)

Так называемый постабортный синдром (ПАС) – это сочетание психических симптомов, которые проявляются вследствие переживаний после аборта. Среди основных симптомов ПАС можно выделить (по В. Пултавской, О. Селиховой и др.) следующие:

- депрессия с постоянно преследующим чувством вины;
- ощущение опустошенности и обиды;
- нарушения сна, аппетита, сексуальных влечений;
- агрессия, направленная на себя и на близких;
- агрессия, направленная на других беременных женщин;
- агрессия, отчуждение или гиперопека по отношению к собственным и чужим детям
- агрессия на врача, который направил или произвел аборт;

1 Пултавская В. Влияние прерывания беременности на психику женщины. М., 2002; Селихова О. А. Медицинские и духовные аспекты посттравматического стрессового расстройства на примере постабортного синдрома. 2002. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/46124>.

- личностные изменения с закреплением истерично-инфантильных или депрессивных реакций и т. д.

Симптомы (по Дж.Уиллке²):

- чувство вины, раскаяние, угрызения совести, стыд;
- пониженная самооценка;
- неприятные воспоминания, кошмары, ежегодные реакции;
- враждебность и ненависть к мужчинам;
- сексуальные расстройства;
- равнодушие и холодность к детям;
- плач, отчаяние, депрессия, попытки суицида;
- алкоголь или наркотики, чтобы подавить боль;
- промискуитет (частая беспорядочная смена половых партнеров).

Аборт является агрессивным действием, чтобы решиться привести свой замысел в исполнение, женщине приходится во многом переступить через себя. Это не может проходить без последствий. Непосредственно после прерывания беременности около половины пациенток отмечает, что испытывают облегчение. «Расцвет» симптоматики ПАС происходит через три-пять лет. Есть женщины, которые получают ярко выраженные психологические проблемы непосредственно после совершения аборта.

После аборта разрушаются базовые отношения доверия между супругами, очень часто такая ситуация приводит к распаду семьи (до 80% молодых пар расходятся в течение года после аборта), ещё чаще распадаются отношения, которые были вне брака.

Сотни женщин признавались в том, что не могут любить того мужчину, из-за которого прервали беременность. Нередко проявлялось сексуальное безразличие, возникало чувство неприязни, даже ненависти к несостоявшемуся отцу ребёнка.

Женщина не может простить мужчине того, что он не захотел взять на себя ответственность за её судьбу и судьбу ребёнка, её скорбь переходит в агрессию. Попытка женщины полностью сложить моральную ответственность на мужчину выплескивается в неудержимых упреках и недовольстве. Отчуждение нарастает. Мужа и жену, как соучастников того, о чем оба не хотели бы вспоминать, тяготит общество друг друга.

Мужчина, даже если он сам склонял женщину к аборту, начинает подсознательно ожидать, что агрессия, направленная при аборте на его ребёнка, может обратиться на него самого. Женщина уже не привлекает его, а внушает чувство опасности.

Инвертированное переживание ПАС носит более злокачественный характер, так как пагубно сказывается на материнской сфере женщины в целом. Инвертированная агрессия проявляется в неприязненном или открыто агрессивном отношении к детям, беременным женщинам, в подталкивании к аборту других женщин.

Аборт может порождать массу патологий в воспитании рожденных детей и является единственным медицинским вмешательством, итогом которого являет-

ся не улучшение здоровья пациента, а вред: здоровье женщины может быть нанесен ущерб, а второе человеческое существо, участвующее в данной операции – ребёнок – лишается жизни.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

1. Какие причины приводят женщину на доабортное консультирование?
2. Приведите примеры аргументирования психолога в пользу сохранения беременности.
3. В чем проявляется постабортный синдром?

Дополнительные материалы см. Приложение 4

² Уиллке Дж., Уиллке Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. М., 2003.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ

ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ПОКРОВ»)

В ходе консультирования кризисных беременных волонтеры Благотворительного фонда «Покров» осознали необходимость организации комплексной помощи беременным женщинам и их семьям. Многие беременные решают сделать аборт из-за отсутствия денег, жилья и отсутствия поддержки близких. Поэтому очень важно в процессе консультирования проявить заботу и деятельное участие в жизни женщины, для чего нужно иметь возможность оказать ей хотя бы минимальную материальную помощь.

С целью повышения эффективности помощи беременным женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, фонд «Покров» организовал службу доверия по телефону для беременных. Информация о работе телефона доверия распространяется через информационные стенды и листовки, мониторы, расположенные в женских консультациях и родильных домах города и области, а также аптеки, органы социальной защиты населения.

Каждая обратившаяся женщина получает консультацию специалиста – психолога, а в случае необходимости, направляется на очную консультацию психолога, юриста, либо может обратиться за материальной поддержкой в фонд. В случае отсутствия жилья, психолог направляет женщину в кризисный Центр «Покров».

Комплексная поддержка беременных женщин и их семей включает в себя следующие виды помощи:

Материально-вещевая и продуктовая помощь

Помощь предметами первой необходимости: детскими колясками, кроватками, памперсами, детскими вещами, гигиеническими средствами по уходу за новорожденными.

Помощь продуктами питания.

Центр временного пребывания

Предоставление временного места для проживания матери с ребенком или беременной женщине в кризисной ситуации;

Помощь по уходу за детьми, а также предоставление надомного труда и возможности заработать средства на будущую жизнь.

Консультационная помощь

Консультации юриста, психолога, социального работника.

Просветительская и информационная поддержка

Размещение информационных материалов с телефонами, которые могут быть полезны беременным женщинам и матерям с детьми.

Школа или курсы для беременных

На курсах молодые мамы могут узнать о том, как правильно заботиться о себе в период беременности, как подготовиться к родам, получают навыки об-

ращения с ребенком.

С целью поддержания будущих мам организуются благотворительные сборы детских колясок, кроваток, детского питания с привлечением спонсоров, администраций магазинов детских товаров, а также простых граждан. Хотя материальный вопрос не является главной причиной кризисной беременности, но бывает, что поддержанная коляска и упаковка памперсов позволяют спасти жизнь ребенка.

ПОДГОТОВКА К ОСОЗНАННОМУ МАТЕРИНСТВУ

В контингент женщин, находящихся в трудных жизненных ситуациях, входят женщины группы риска по девиантному материнству – поведению матери, не способствующему сохранению здоровья ребенка, препятствующему, нарушающему, затрудняющему нормальный процесс его развития.

Девиантное материнское поведение можно рассматривать как:

- отсутствие материнской заботы;
- жестокое отношение к ребенку;
- сексуальное насилие и растление ребенка;
- отказ от ребенка, материнства вообще;
- преднамеренный сознательный аборт, в отличие от аборта по медицинским показаниям.

Группу риска составляют:

- несовершеннолетние матери;
- женщины, имеющие затруднения в супружеской, семейной жизни, например; пережившие посттравматические состояния (испытывавшие утраты, физическое насилие), без жилищных и финансовых ресурсов;
- потерявшие кров – беженки (нелегальные мигрантки);
- будущие матери с химической зависимостью;
- с эмоционально-личностной незрелостью, плохо социально адаптированные будущие матери, например, ушедшие из семьи, если члены семьи не согласны с их выбором; сироты.

У таких женщин наблюдается дефицит материнских ресурсов.

Среди матерей группы риска особую категорию составляют юные матери. Исследования, проводимые во всем мире, в том числе и в нашей стране, указывают на особое неблагополучие внебрачной рождаемости именно среди совсем молодых женщин и на негативный опыт сверххранного материнства.

Исследователи подчеркивают психологическую незрелость таких матерей, амбивалентность их установок на материнство, зависимость от негативного влияния собственных родителей, среды обитания. Беременность юной женщины является причиной тяжелых конфликтов в семьях.

Возрастной фактор – один из множества существенных, определяющих неготовность к материнству и, как следствие, – отказ от ребенка.

В исследованиях отмечается, что увеличивается количество неблагополучных семей и выпускников интернатных учреждений, которые испытывают большие трудности в создании своей семьи, так как не имеют опыта нормальной семейной жизни или этот опыт, полученный до помещения в интернат, носит

только негативный характер

В связи с актуальностью данной проблемы становится важной работа по формированию установок осознанного материнства у женщин группы риска (см. выше). Мать должна «принять» ребенка и это должно быть ее сознательное решение.

На начальном этапе нужно продиагностировать «ресурсы» мамы – выявить среди ее окружения – родственников, близких, знакомых, к которым она испытывает позитивные чувства, и в ходе эмоционального сопровождения на основе данного потенциала формировать у нее правильное отношение к своему ребенку.

Системный подход к оценке ресурсов предполагает диагностику следующих психологических ресурсов матери.

1. Личностный ресурс: личностная зрелость, мотивации рождения, место родительства в иерархии ценностей и потребностей, личностный смысл материнства, место материнства в структуре личности.

2. Эмоциональный ресурс: глубина эмоциональных проявлений, лабильность, эмоциональная компетентность, приемлемость всего диапазона эмоциональных реакций, выразительность экспрессивно-мимических средств и адекватность их применения, уровень контроля над эмоциями, уровень тревожности.

3. Когнитивный ресурс: общие интеллектуальные способности, знания об уходе за ребенком, о развитии, воспитании и обучении ребенка, готовность учиться.

4. Операциональный ресурс: сформированность навыков по уходу и воспитанию ребенка.

5. Психофизиологический ресурс: актуальное функциональное состояние организма, способность к саморегуляции, стрессоустойчивость.

Из оценки ресурсов вытекает прогноз материнско-детских отношений, оценка риска по девиантному родительству и, соответственно, выбор мишеней, задач и методов коррекции. При нехватке собственных ресурсов матери от специалиста требуется оценка внешних ресурсов, способных оказать поддержку матери с ребенком.

Целью работы с матерями группы риска является оказание поддержки женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, профилактика отказов от детей и других форм жестокого отношения к ним.

Задачи сопровождения матерей:

Личностный ресурс:

- Содействие формированию субъектно-ориентированного отношения к ребенку с начала его жизни.
- Содействие укреплению уверенности родителя в себе, принятию им родительской позиции (ответственности за ребенка, в том числе за выбор стратегии, средств и методов воспитания ребенка).
- Помощь в преодолении конфликта в родительской сфере личности.

Эмоциональный ресурс:

- Помощь в раскрытии чувств, принятии чувств в их амбивалентности.
- Содействие пробуждению интереса к ребенку, отзывчивости к его

состояниям и потребностям.

- Оказание эмоциональной поддержки матери, содействие налаживанию контакта с ребенком и развитию родительской интуиции.
- Содействие формированию психологических средств взаимодействия с ребенком (обучение языку эмоционального сопровождения).

Когнитивный ресурс:

- Формирование адекватных представлений о родительстве, готовности принимать трудности и действовать в условиях неопределенности.
- Содействие формированию гибкости поведения, умения принимать решения «здесь и сейчас», отказ от жестких установок, идущих от собственных родителей или продиктованных «авторитетными лицами».
- Обучение прогнозированию последствий того или иного стиля взаимодействия с ребенком, содействие выработке оптимальной стратегии поведения с учетом возраста и индивидуальности ребенка.
- Обучение принципам проведения развивающих занятий и игр с детьми раннего возраста.
- Ознакомление с базовыми психологическими потребностями ребенка (в общении и новых впечатлениях), критериями психологического здоровья ребенка (спонтанность, любознательность, жизнерадостность) и факторами их формирования.
- Принципы выбора дошкольного учреждения. Подготовка ребенка к поступлению в ДОУ и помощь родителей в адаптации к условиям ДОУ.
- Содействие грамотному построению отношений со службами и специалистами, которые могут быть полезны семье.

Операциональный ресурс:

- Освоение практик обращения с младенцем.
- Обучение взаимодействию и занятиям с ребенком.

Психофизиологический ресурс:

В целях профилактики переутомления и эмоционального выгорания матери необходимо:

- Ознакомление с рациональной организацией труда и рабочего пространства при уходе за младенцем.
- Формирование практических навыков применения различных методов саморегуляции.
- Ориентация семьи на оказание поддержки матери.

Методы работы с матерями:

- Интерактивные методы: кейс-метод, тренинги и игры.
- Поведенческие методы (отработка навыков с куклами-младенцами).
- Диалог.
- Психомышечная и атуогенная тренировка и другие техники релаксации и саморегуляции.
- Телесноориентированные техники.
- Просмотр и обсуждение видеоматериалов.
- Арт-терапия.
- Пластические разминки: спонтанное движение, танцевальные этюды.
- Библиотерапия.

- Совместные чаепития.
- Мини-сочинения.
- Активизация ближайшего социального окружения.
- Эмоциональная поддержка.
- Содействие организации сетевой поддержки.

С целью профилактики отказов от новорожденных в кризисном центре «Покров» реализуется программа подготовки к осознанному материнству «Я-мама». Программа направлена на формирование культуры осознанного материнства, позиции ответственного родительства у девушек и молодых женщин из неблагополучных семей, воспитанниц детских домов. (приложение 7)

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

В чем заключается комплексная поддержка беременных женщин?

Что значит «девиантное материнство»?

На развитие каких ресурсов должна быть направлена работа по формированию осознанного материнства?

Дополнительные материалы см. Приложениях 5, 6, 7.

СУПЕРВИЗИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В СИТУАЦИИ КРИЗИСА

ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЛЮДЬМИ

Как установлено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных ученых, работа психологов, консультантов, специалистов различных социальных служб связана с большими нервно-психическими нагрузками. Предоставляя свою личность клиенту как точку опоры, психолог, незаметно для себя, начинает «профессионально выгорать».

Работа консультантов по предупреждению абортов достаточно аффективно нагруженная, причем связана в основном с отрицательными эмоциями. Необходимо суметь противостоять закрытой позиции клиента, который зачастую не хочет, чтобы ему «лезли в душу». К тому же консультация проводится за несколько дней или даже часов до аборта, когда крайне трудно изменить решение клиента. При любых усилиях все же невелик процент тех женщин, которые меняют решение и оставляют ребенка.

Эти и другие факторы приводят к достаточно быстрому «эмоциональному выгоранию» консультанта, потере им уверенности в собственной профессиональной компетентности и даже в верности того дела, которым он занимается.

Известно, что люди с определенными чертами личности (беспокойные, чувствительные, эмпатичные, склонные к интроверсии, имеющие гуманистическую жизненную установку, отождествляющие себя с другими) больше подвержены этому синдрому.

При работе с женщинами, идущими на аборт, присутствуют многие факторы, активизирующие синдром эмоционального выгорания (СЭВ):

- монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;
- вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;
- строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям консультанта помочь им, и незначительные, трудно ощутимые результаты такой работы;
- напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм;
- неразрешенные личностные конфликты консультанта.

Самым первым шагом в профилактике синдрома эмоционального выгорания должно быть осознание, отслеживание, мониторинг собственного психоэмоционального состояния. Осознание предполагает учет тех профессиональных факторов, которые способствуют появлению симптомов эмоционального выгорания:

- физиологические факторы, связанные с условиями труда: гиподинамия, повышенная нагрузка на зрительный, слуховой, голосовой аппараты;

- психологические трудности: контакт, как правило, с клиентами, находящимися в негативном эмоциональном состоянии, необходимость быть все время в «форме», отсутствие эмоциональной разрядки, большое количество контактов в течение дня и т.д.

Эмоциональное выгорание обрывается не сразу, оно имеет достаточно долгий латентный период. Сначала человек чувствует, что его энтузиазм к обязанностям снижается. Хочется выполнить их побыстрее, но выходит наоборот – очень медленно. Это происходит из-за потери умения концентрировать внимание на том, что уже неинтересно. Появляется раздражительность и чувство усталости.

Симптомы эмоционального выгорания условно можно поделить на три группы:

Физические проявления:

- хроническая усталость;
- слабость и вялость в мышцах;
- частые мигрени;
- снижение иммунитета;
- повышенное потоотделение;
- бессонница;
- головокружения и потемнения в глазах;
- «ноющие» суставы и поясница.

Синдром часто сопровождается нарушением аппетита или чрезмерной прожорливостью, что, соответственно, приводит к заметному изменению веса.

Социально-поведенческие признаки:

- стремление к изоляции, сведение общения с другими людьми к минимуму;
- уклонение от обязанностей и ответственности;
- желание обвинить окружающих в собственных бедах;
- проявление злобы и зависти;
- жалобы на жизнь и на то, что приходится работать «круглосуточно»;
- привычка высказывать мрачные прогнозы: от плохой погоды на ближайший месяц до мирового коллапса.

В попытке убежать от «агрессивной» действительности или «взбодриться» человек может начать употреблять наркотические вещества и алкоголь. Или же есть высококалорийную пищу в немереных количествах.

Психоэмоциональные признаки:

- безразличие к происходящим вокруг событиям;
- неверие в свои силы;
- крушение личных идеалов;
- потеря профессиональной мотивации;
- вспыльчивость и недовольство близкими людьми;
- постоянное плохое настроение.

Синдром психического выгорания своей клинической картиной похож на депрессию. Человек переживает глубокие страдания от кажущегося ощущения одиночества и обреченности. В таком состоянии трудно что-то делать, на чем-то сосредоточиться. Тем не менее, преодолеть эмоциональное выгорание значительно легче, чем депрессивный синдром.

Способы освобождения от напряжения могут быть различными. Это и умение сочетать напряжение и расслабление, дыхательные техники, упражнения на умение понимать свои телесные ощущения, танцевально-двигательные упражнения, исцеление при помощи прослушивания музыки для релаксации, визуализация позитивного образа себя как консультанта.

Концепция поведенческих профилактических мер СЭВ, представленная в психологической литературе, фокусируется на первичной профилактике.

Сюда относятся следующие мероприятия:

- улучшение навыков борьбы со стрессом (дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);
- обучение техникам релаксации (расслабления);
- умение разделить с клиентом ответственность за результат, умение говорить «нет»;
- хобби (спорт, культура, природа);
- попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;
- фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

При терапии уже развившегося синдрома выгорания можно использовать следующие подходы:

- психотерапия (релаксационные техники, интегративная, рациональная психотерапия);
- комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением;
- реорганизация рабочего окружения;
- фармакологическое лечение согласно симптомам.

Несомненно, что указанные выше профилактические меры также будут эффективны при лечении СЭВ. Несмотря на всю значимость вышеприведенных мер, в первую очередь необходимо осознание проблемы и принятие ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат. Необходима мыслительная перестройка: переоценка целей, осознание своих возможностей и своих ограничений, позитивный взгляд на вещи.

К сожалению, в ряде случаев развитие СЭВ заходит очень далеко, наблюдается стойкое негативное отношение к работе, к пациентам, коллегам. В таких ситуациях необходимым становится изменение места работы, переход на административный вид деятельности, работу, не связанную с людьми.

Итак, чтобы избежать СЭВ человек должен изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще – живет ли он так, как ему хотелось бы. Если существующая жизнь не удовлетворяет, следует решить, что нужно сделать для положительных изменений. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно остаться эффективным специалистом.

СУПЕРВИЗИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Супервизия является общепризнанным методом образования, повышения квалификации и качества работы специалистов в сфере помогающих профессий. Хесс дает самое общее определение супервизии: «Это насыщенное межличност-

ное взаимодействие, основная цель которого заключается в том, чтобы один человек, супервизор, встретился с другим, терапевтом, и попытался сделать последнее более эффективным в помощи людям».

Супервизия является профессиональной подготовкой консультанта к практической консультативной работе. Но супервизия во многом может помочь консультанту и в плане сохранения основного инструмента своей деятельности – собственной личности. И в данном случае мы можем говорить о супервизии как методе профилактики профессионального выгорания психологов.

Супервизия является официальной формой взаимопомощи, при которой консультанты могут регулярно обсуждать свою работу с компетентным консультантом, обычно, имеющим опыт супервизорской практики.

Супервизия позволяет:

поделиться своими чувствами;

- выявить и обозначить затруднения, которые возникли в работе с клиентом;
- получить обратную связь о проделанной работе;
- проанализировать причины своих затруднений;
- расширить свои теоретические и практические представления;
- наметить пути дальнейшей работы.

Виды супервизии.

Один на один – это заранее запланированная встреча, чтобы обсудить и оценить конкретный случай.

Групповая супервизия – в группе коллеги совместно обсуждают и оценивают работу друг друга, участники поднимают вопросы для обсуждения, группа обсуждает каждый случай и то, как он решался; происходит обмен опытом и знаниями.

Неформальная супервизия – это незапланированная консультация с супервизором, лицом к лицу или по телефону.

Кризисная супервизия – незапланированное обсуждение случая, который, по ощущениям консультанта, привел к его кризисному состоянию. Происходит сразу после работы с клиентом.

Как показывают исследования, если активно не вмешиваться в развитие СЭВ среди специалистов, то самопроизвольного улучшения не происходит. Кроме того, очень важно, если руководитель учреждения обеспечит возможность участия сотрудников в так называемых балинтовских группах. (см. приложение 7)

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ:

1. Назовите факторы, которые способствуют появлению симптомов эмоционального выгорания.
2. Каковы проявления синдрома эмоционального выгорания?
3. Какие существуют способы профилактики эмоционального выгорания?

Дополнительные материалы см. Приложение 8.

ЛИТЕРАТУРА

АБОРТ. ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА

Агеева. М. И. и др. Аборт в I триместре беременности. Под ред. В. Н. Прилепской,

А. А. Куземина. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.

Абрамченко В. В., Гусева Е. Н. Медикаментозный аборт. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 116 с.

Альфред Хойслер. Гормональная таблетка – зло XX века. – М.: Межрегиональная общественная организация «Жизнь», 2007. – 20 с.

Вихляева Е. М., Кулаков В. И., Серов В. Н. и др. Справочник по акушерству и гинекологии / Под ред. г. М. Савельевой. – М.: Медицина, 1992. – 352 с.

Глуховец Б. И., Глуховец Н. г. «Влияние противозачаточных средств на состояние женского организма» Учебное пособие – СПб., 1999. – 28 с.

Колосова Е. Скажи новой жизни «ДА». М., Психология для жизни № 3 (39) 2011, с. 17

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями и дополнениями).

Приложение. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. http://base.garant.ru/12158174/#block_1000

Пултавская В. «Влияние прерывания беременности на психику женщины». М, 2002.

Руководство по акушерству и гинекологии: В 4 т. / Под ред. К. Н Жмакина. – М.: МЕД-ГИЗ, 1963.

Тереза Бёрк, Дэвид Риардон. Запрещенные слезы. О чем не рассказывают женщины после аборта. – СПб: «Каламос», 2010. – 346 с.

Уиллке Дж., Уиллке Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. – М. Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2002. – 375 с.

Юсупова А. Н. Аборты в России / Под ред. В. Ю. Альбицкого. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 208 с.

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

- Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
- Варга А. Ведение в системную семейную психотерапию. – М.: Когито-Центр, 2009. – 182 с.
- Василюк Ф. Е. Психология переживания. – М, 1984
- Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание, 1999.
- Михайлова Е. Л. Я у себя одна или Веретено Василисы. – М.: Класс, 2010. – 320 с.
- Самосознание и защитные механизмы личности/Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. – 656 с.

- Флоренская Т. А. Диалог в практической психологии. М.: Институт психологии АН, 1991.
- Ховкин П, Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. / Ховкин П, Шохет Р.. – СПб.: Речь, 2008

МАТЕРИНСТВО, БЕРЕМЕННОСТЬ

Колпакова М. Ю. Особенности психологической работы с матерями-отказницами. Московский психотерапевтический журнал, 1999, № 1.

Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб, 1997.

Психология и психоанализ беременности., – Самара, БАРАХ-М, 2003.

Радионова М. С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребёнка. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. М., 1997.

Филиппова Г. Г. Психология материнства. Учебное пособие. – М., 2002.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИТУАЦИИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Есипова Н. Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов. – М.: ООО «Издательство «Проспект», 2009. – 70 с.

Куценко О. С. Аборт или Рождение? Две чаши весов. / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и её семьей в ситуации репродуктивного выбора. СПб: Любавич, 2011. – 381 с.

Смирнова Е.А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. М.: 2013 – 128 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИТУАЦИЙ КРИЗИСНОЙ ИЛИ НЕ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ситуации:

1. Девушка, 19 лет, недавно поженились, муж настаивает на аборте, она боится, что больше не будет детей, хочет сохранить беременность, родители о беременности не знают.

2. Девушка 17 лет, беременна, оканчивает школу, ее родители знают о беременности, говорят: «рожай», обещают помогать. Парень знает, о беременности говорит, чтобы рожала, и сама девушка тоже думает о рождении ребенка.

3. Девушка 19 лет, о беременности узнала только что и растеряна, рассказать еще никому не успела. Учится в институте на 2-м курсе. С парнем отношения хорошие, думали о женитьбе. Думает, что мама тоже поддержит.

4. Девушка 16 лет, беременна, очень уверенно говорит, что хочет рожать, о беременности узнала сегодня, еще никому не сообщила.

5. Женщина замужем, только что сделала тест, говорит: «У нас все хорошо в семье, есть малыш уже 3 года, второго хотели, но думали попозже, ...я даже не знаю, но в принципе ладно, но муж до этого говорил, что пока еще рано».

6. Женщина, 26 лет, замужем, 2 детей, беременность не планировали. Хочет сохранить, муж не против. Живут в маленькой квартире вместе с родителями мужа, которые материально помогают молодой семье, свекровь была против рождения 2-го ребенка.

7. Молодая семейная пара, задержка 2 дня, тест еще не делала, у врача не была. Беременность первая, неожиданная (т.к. сначала хотели решить квартирный вопрос), но вполне желанная. Но девушку смущает, что были праздники: когда и муж, и она много и каждый день употребляли алкоголь, и анализы она перед беременностью тоже не сдавала, вдруг что-то не так, «а ребенка хочется здорового», не с кем посоветоваться. К врачу еще не ходила.

Приложение 2

**ОПИСАНИЕ ОПЫТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ФОНДА «ПОКРОВ» С МИНИСТЕРСТВОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ежегодно, совместно с Министерством здравоохранения Пензенской области фонд проводит конкурс среди женских консультаций г. Пензы и Пензенской области «В защиту жизни». Методистами фонда было разработано положение о проведении конкурса, ряд документов, обеспечивающих межведомственное взаимодействие с органами исполнительной власти региона, с целью повышения результативности проводимой в рамках конкурса работы.

Целью проведения конкурса является улучшение демографической ситуации в масштабах региона.

Задачи проведения конкурса:

- а) привлечь врачей акушеров-гинекологов и женские консультации к активному участию в программе по сокращению количества абортс «Жизнь – священный дар»;
- б) повысить уровень объективного информирования пациенток женских консультаций о сути и последствиях аборта;
- в) поддержать инициативы проведения семинаров, круглых столов и других встреч в рамках медицинского сообщества, посвященных проблеме абортов;
- г) акцентировать внимание общественности и СМИ на проблемах биоэтики, способствовать оздоровлению духовно-нравственного климата в обществе и утверждению ценности жизни каждого человека.

Победители конкурса определяются по следующим номинациям:

- номинация «Женская консультация «В защиту жизни» – женская консультация, показавшая наиболее значительное процентное снижение количества абортов (по желанию женщины).
- номинация «Личный вклад «В защиту жизни» – врач акушер-гинеколог, на участке которого наименьшее число женщин прервали беременность (по своему желанию).
- номинация «Инициатива «В защиту жизни» – женская консультация, получившая наиболее высокую оценку своей информационной деятельности по профилактике абортов, в т.ч. наиболее успешно представившая и осуществившая конкретные инициативы (организация бесед по теме, оформление стендов и прочее).
- номинация «Акция «В защиту жизни» – медико-социальный кабинет, организовавший наибольшее количество социальных акций в защиту жизни.
- номинация «Народное признание» – женская консультация, получившая наивысшую положительную оценку населения г. Пензы и Пензенской области по результатам анкетирования.

Участие в конкурсе является добровольным. Заявка на участие в конкурсе подается в Министерство здравоохранения Пензенской области.

Лауреаты конкурса определяются Контрольной комиссией на основании:

- а) анализа статистической отчетности, предоставленной женскими консультациями, врачами-гинекологами и медико-социальными кабинетами;

- б) анализа организации деятельности по профилактике абортов как женской консультации в целом, так и лично каждого врача акушера-гинеколога, принявшего участие в конкурсе;

- в) анализа эффективности работы медико-социального кабинета;

- г) анкетирования пациенток.

По результатам работы в рамках конкурса налажено активное межведомственное взаимодействие в деле профилактики абортов по социальным показаниям. Специалисты Министерства здравоохранения Пензенской области отмечают высокую результативность данного конкурса по снижению количества абортов в регионе. По результатам конкурса среди женских консультаций «В защиту жизни» отмечается снижение числа абортов и рост количества беременных женщин, стоящих на учете в ЖК на 5-10% в год (сохранено около 1000 детских жизней по официальной статистике Минздрава Пензенской области за период 2012-2015 гг).

Приложение 3.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**СЛУШАНИЕ КЛИЕНТА.**

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, нередкая 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 Роджерс³: «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. Примеры открытых вопросов: «Что вы теперь чувствуете, находясь на пике жизненно важного решения?». «Что вас тревожит?» и т.п.

Выделяют следующие основные моменты консультирования, когда используются открытые вопросы:

1. Начало консультативной встречи («Какие причины побудили вас к такому решению?», «Каким образом ваш партнер отреагировал на сообщение о беременности?»).

2. Побуждение клиента продолжать или дополнять сказанное («Что вы почувствовали, когда это случилось?», «Что еще вы хотели бы сказать об этом?», «Не можете ли добавить что-нибудь к тому, что сказали?»).

3. Побуждение клиента проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы консультант мог лучше их понять («Не сможете ли вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?», «Вы боитесь, что... Попробуйте представить, что... Каким образом тогда изменится ваша жизнь, отношения с окружающими?»).

4. Сосредоточение внимания клиента на чувствах («Что вы чувствуете, когда рассказываете мне?», «Что чувствовали тогда, когда все это произошло с вами?»).

3 Карл Роджерс – американский психолог, один из создателей и лидеров гуманистической психологии

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.

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

1. Вопросы «Кто, что?» чаще всего ориентированы на факты, т.е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов, которые мало способствуют повышению взаимопонимания в беседе.

2. Вопросы «Как?» в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.

3. Вопросы «Почему?» нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них прежде всего и бывают направлены вопросы «Почему?»), обусловленного множеством довольно противоречивых факторов.

4. Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы). Например: «Насколько ясно вы осознаете важность принимаемого решения? Не думали ли вы об этой ситуации в ином ключе?» Клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.

5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках. Клиенту становится неясно, на какой из вариантов надо отвечать. Подобное поведение консультанта при постановке вопросов свидетельствует о его тревоге. Консультант должен озвучивать только окончательные варианты вопроса.

6. Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос: «Все ли хорошо ладится?» – чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. В этом случае лучше задать открытый вопрос: «Как обстоят дела дома?» В подобных ситуациях клиенты нередко пользуются возможностью дать неопределенный ответ, например: «Неплохо». Консультанту нужно уточнить ответ другим вопросом такого типа: «Что для вас значит «неплохо»?» Это очень важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание.

ОБОДРЕНИЕ И УСПОКОИВАНИЕ

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

ОТРАЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ: ПЕРЕФРАЗИРОВАНИЕ И ОБОБЩЕНИЕ

Чтобы отражать содержание признаний клиента, необходимо перефразировать его высказывания или обобщить несколько высказываний. Клиент таким образом убеждается, что его внимательно выслушивают и понимают. Отражение содержания помогает и клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках.

Перефразирование наиболее приемлемо в начале консультирования, потому что побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы. Однако, с другой стороны, оно недостаточно углубляет беседу.

Выделяют три основные цели перефразирования:

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

При перефразировании надо помнить три простых правила:

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

Ситуации, в которых чаще всего используется обобщение:

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

- в конце встречи при стремлении подчеркнуть существенные моменты беседы и дать задание на промежуток времени до следующей встречи.

ОТРАЖЕНИЕ ЧУВСТВ

Чувства очень важны в процессе консультирования, но не являются самоцелью, хотя достижению целей помогают именно сильные чувства: страх, боль, тревога, жалость, надежда и др.

Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных клиентом мыслей, разница лишь в том, что в последнем случае внимание сосредоточивается на содержании, а при отражении чувств – на том, что скрыто за содержанием. Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, но ориентируется и на чувства, выраженные клиентом в признаниях.

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

Например,

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

Консультант: Сколько лет вы в браке?

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

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.

Отражая чувства, следует учитывать все эмоциональные реакции клиента – положительные, отрицательные (пример отражения отрицательного эмоционального состояния клиента: «Мне кажется, что вы напряжены так, как будто готовитесь к обороне») и амбивалентные; направленные на самого себя, других людей и консультанта.

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.

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

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

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

ПАУЗЫ МОЛЧАНИЯ

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 посмотреть, удастся ли ему (консультанту) сдвинуть меня».

6. Иногда паузы возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных и значительных вопросов, которые, однако, увеличивают тревогу клиента.

7. Молчание иногда подразумевает глубокое общение без слов, оно тогда более осмысленно и красноречиво, чем слова.

Паузы в консультировании поднимают вопрос: должен ли их прерывать сам консультант? Распространено мнение, что консультант должен прерывать пустое молчание и не спешить прерывать продуктивное молчание. Когда клиент

умолкает и молчание длится долго, уместно замечание консультанта: «Вы молчите... Не хотели бы поделиться тем, что сейчас чувствуете?» или «Что важное для себя вы слышите в этом молчании?» Вместе с тем не следует забывать, что клиент сам отвечает за прекращение молчания.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Цели консультирования достигаются также посредством представления клиенту информации: консультант высказывает свое мнение, отвечает на вопросы клиента и информирует его о разных аспектах обсуждаемых проблем. Для этого консультант должен хорошо разбираться в теме аборта.

КОНФРОНТАЦИЯ

Каждый консультант время от времени вынужден в терапевтических целях вступать в конфронтацию с клиентами. Конфронтацию определяют как всякую реакцию консультанта, противоречащую поведению клиента.

Выделяют три основных случая конфронтации в консультировании:

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

Например,

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

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

2. Конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности вопреки представлению о ней клиента в контексте его потребностей.

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

3. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на его уклонение от обсуждения некоторых проблем. Например, консультант высказывает клиенту

удивление: «Вы основательно рассмотрели ситуацию со своей стороны. Однако всякий раз, когда мы приближаемся к тому, что есть еще и ребенок, вы уходите в сторону».

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

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

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

Приложение 4.

«КОПИЛКА» КОНСУЛЬТАНТА

1. ВОПРОСЫ, ЗАДАВАЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ КОНСУЛЬТАЦИИ:

- как она сама относится к своей беременности;
- хотела ли бы она ребёнка, если бы все в её жизни было благополучно;
- есть ли у неё страх беременности или родов;
- как относятся к её беременности люди из её ближайшего окружения (муж, родители, родственники);
- знают ли вообще о беременности, если нет, то почему не говорила;
- испытывает ли она давление, заставляет ли её кто-то делать аборт;
- какова вообще семейная ситуация, есть ли проблемы в семье, в отношениях с мужем и родителями;
- какие у неё отношения со значимыми близкими;
- какие у неё отношения с детьми, удовлетворена ли она своим материнством;
- какие проблемы есть у детей, нужна ли помощь специалистов и каких;
- есть ли у неё финансовые сложности (конкретно чего не хватает и в каком объеме);
- знает ли её начальник о беременности и как он к этому относится;
- как складываются её отношения с её акушером-гинекологом;
- есть ли какие-то проблемы по здоровью, связанные с беременностью, и информирована ли она о возможностях получения помощи по её проблеме;
- информирована ли она о последствиях аборта для её здоровья (для её семьи);
- информирована ли она о внутриутробном развитии.

2. ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ В СЛУЧАЕ ДАВЛЕНИЯ «ЗАЕЗЖЕННАЯ ПЛАСТИНКА»

Этой тактике консультант может обучать женщину с целью противостояния давлению со стороны родственников.

Суть этого метода заключается в том, чтобы сформулировать четкую фразу, проясняющую Вашу позицию по затрагиваемой проблеме. Желательно, чтобы она была не очень длинной, и ее можно было бы повторить несколько раз, не изменяя и не нарушая логики разговора. При этом важно сохранять не только одинаковое содержание фразы, но и интонацию, не поддаваясь давлению эмоций.

Например, «Мама, я уже все решила» или «Мы с молодым человеком уже все решили, это решение окончательно, у нас другие планы».

3. ПОВЫШЕНИЕ СТЕПЕНИ ОСОЗНАННОСТИ СИТУАЦИИ

У многих женщин нет понимания того, что нерожденный ребенок – уже человек, а прерывание беременности является лишением его жизни. Женщины по-

лагают, что, узнав о беременности, они могут выбирать – быть беременной или нет.

Задача психолога на этом этапе – помочь осознать тот факт, что она уже мама (а если у нее уже есть ребенок, то мама двоих детей), и единственный выбор, который стоит перед ней, – это каким образом ее собственный малыш появится на свет: в процессе родов или в результате аборта.

Нужно рассказать клиенту о том, что новая жизнь появляется в момент оплодотворения яйцеклетки, что на 5-й неделе беременности начинает биться сердце, на 40-й день можно зафиксировать деятельность мозга.

Можно использовать наглядные материалы: фотографии младенцев в утробе матери, стадии развития тела ребенка от недели к неделе (эффективным является акцентирование внимания женщины на фотографии ребенка соответствующего срока беременности), фильмы, показывающие внутриутробное развитие ребенка («Дневники нерожденного младенца» – <http://www.coi.su>).

Если у женщины уже есть дети, то можно провести аналогию: «Этот еще нерожденный ребенок так же реален, как и ваши дети (лучше назвать их по именам), а вы можете представить, что их могло бы не быть?» «Вашему малышу – 5 недель, и Вы планируете аборт. А если бы это был 9-й месяц беременности, Вы бы смогли это сделать? А если бы это был новорожденный малыш, Вы бы так же легко могли решить его судьбу? Это кажется абсурдным, но при этом речь идет про одного и того же человека, разница только в его возрасте».

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

4. ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА БУДУЩЕГО

Как правило, женщина, планирующая аборт, имеет либо негативный образ будущего, связанного с рождением ребенка, либо вообще не имеет его. В этом случае ее пугает страх неизвестности, и чаще всего она этого даже не осознает. Она не может или не хочет представить, каким образом изменилась бы ее жизнь, если бы малыш появился на свет.

Поэтому необходимо помочь ей сделать это: «Каким Вы видите свое будущее, если оставите ребенка?»

Некоторые женщины могут сказать в ответ, что они не думали об этом, тогда нужно попросить их сделать это прямо сейчас и попытаться помочь им в этом.

Можно попросить ее составить рассказ в третьем лице, как будто про другую женщину, у которой подобные проблемы. Клиент хоть и понимает, что рассказывает про себя, но говорить ему становится гораздо легче. Если получился образ в мрачных тонах, то можно спросить: «Можно ли найти в этой картине что-либо позитивное? Давайте подумаем вместе», либо: «А как бы сложилась Ваша жизнь при максимально удачном стечении обстоятельств?»

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

Приложение 5.

РИСУНОЧНЫЙ ТЕСТ «Я И МОЙ РЕБЕНОК»

По рисуночному тесту учитывается наличие на рисунке матери и ребенка, содержание образа ребенка и его возраст, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также характеристика общего состояния (благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т.д.).

По этому показателю выделяют типы рисунков, соответствующие следующим особенностям переживания беременности и ситуации материнства: благоприятная ситуация –1; незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности –2; тревога и неуверенность в себе – 3; конфликт с беременностью или с ситуацией материнства – 4.

Описание симптомокомплексов, характеризующих выделенные типы рисунков.

1. БЛАГОПРИЯТНАЯ СИТУАЦИЯ*Формальные признаки*

Хорошее качество линии; расположение рисунка в центральной части листа; размеры рисунка соответствуют принятым в психодиагностике, (отражают нормальное состояние без признаков тревоги и неуверенности в себе); при наличии развернутого сюжета (с дополнительными кроме фигур матери и ребенка деталями: обстановка комнаты, дом, деревья и др.) рисунок занимает большую часть листа; отсутствие стираний, зачеркивания, перерисовок, рисования на обратной стороне листа; отсутствие длительных обсуждений (как и что рисовать) или отговорок (я не умею и т.п.), а также пауз в процессе рисования больше 15 секунд; положительные эмоции разной степени выраженности в процессе рисования.

Содержательные признаки

Наличие на рисунке себя и ребенка; отсутствие замен образов себя и ребенка на растения, животных, неживые объекты, символы; соразмерность фигур матери и ребенка; отсутствие других людей; дополнительные предметы и детали одежды не составляют главную часть рисунка, их количество, степень прорисовки, размеры не давят над фигурами матери и ребенка; наличие совместной деятельности матери и ребенка; наличие телесного контакта (мать держит ребенка на руках или за руку); ребенок не спрятан (в кроватке, коляске, пеленках или животе матери) и не изолирован (ребенок, завернутый в пеленки, с прорисованным лицом, которого мать держит на руках – нормальный признак); прорисовка лица ребенка; все фигуры нарисованы лицом к зрителю; возраст ребенка приближается к младенческому прогрессивно с первого к третьему триместру, после родов – ребенок в настоящем возрасте.

2. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ, НЕУВЕРЕННОСТИ, КОНФЛИКТНОСТИ*Формальные признаки*

Наличие незначительных признаков тревоги и неуверенности в себе по качеству линии; недостаточно крупный рисунок; расположение в нижней части листа или ближе к одному из углов; наличие линии основания; небольшое наличие штриховки.

Содержательные признаки

Наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов; фигура ребенка слишком большая или маленькая; наличие мужа, других детей; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры; ребенок в коляске или другом подвижном объекте (на санках, в кресле-качалке, на игрушке-качалке и т.п.), при этом мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок, фигура и лицо ребенка прорисованы; все фигуры лицом к зрителю, или в профиль; совместная деятельность может отсутствовать; возраст ребенка в беременности в пределах раннего, к концу беременности приближается к младенческому, после родов – в настоящем возрасте.

3. ТРЕВОГА И НЕУВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ*Формальные признаки*

Плохое качество линии; рисунок очень мелкий, расположен внизу листа или в углу; наличие линии основания, штриховки в большом количестве.

Содержательные признаки

Наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов; фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая; большое количество дополнительных объектов, тщательная прорисовка деталей одежды; недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка, схематизация; отсутствие совместной деятельности; контакт с ребенком может быть по типу 1 и 2, или рядом с ребенком без контакта (при этом ребенок не изолирован), возможно протянутые друг к другу руки без прямого контакта; наличие на рисунке нескольких членов семьи, своей матери; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист; возраст ребенка в беременности в пределах дошкольного, к концу беременности приближается к раннему или младенческому, после родов – в настоящем возрасте.

4. Конфликт с беременностью или ситуацией материнства*Формальные признаки*

Отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко или «не уместаются» важные части рисунка, в первую очередь фигура матери и ребенка).

Содержательные признаки

Отсутствие на рисунке себя и/или ребенка; замена образа ребенка и/или себя на растение, животное, символ; отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком; ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кроватке, животе мате-

ри); ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери или полностью изолирован без контакта с матерью (к кровати, коляске, на коврик, на качелях и т.п.); большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка; фигуры, нарисованные спиной; отсутствие у фигур лица, реже тела; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист; возраст ребенка дошкольный, реже ранний, к концу беременности не снижается, или даже увеличивается, после родов – ребенок более старшего, редко – более младшего возраста, чем в настоящем.

Автор: Г.Г. Филиппова

ПРОГРАММА ФОРМИРОВАНИЯ ОСОЗНАННОГО МАТЕРИНСТВА «Я-МАМА»

Известно, что вынашивание и рождение ребенка не делает женщину матерью. Безумный рост числа брошенных детей подтверждает эту социальную беду. Почему же это происходит?

Рождение ребенка, особенно первого, особенно в неблагополучных условиях является серьезным испытанием для молодой мамы.

Она должна принять новую для себя социальную роль, вхождение в которую всегда бывает трудным и требует подготовки. Многие мамы об этом не задумываются, или не успевают задуматься. Часто мама оказывается не готова к тому, что очень многому придется учиться, очень многое узнавать, и что в воспитании ребенка не бывает мелочей, что во многом от неё зависит, каким ребенок вырастет человеком.

Психологическое состояние женщины во время беременности может быть различным. На него влияет множество факторов, но главным образом оно определяется отношением самой женщины к своей беременности. Негативный психологический настрой женщины во время беременности (тревоги, страхи, плохое настроение, сомнения и ожиданиями непредсказуемого исхода родов для себя и своего младенца) может приводить к таким серьезным последствиям, как невынашиваемая беременность, патология родов, отказ от ребенка и т.д.

На формирование материнского чувства влияет и опыт собственного раннего детства, и многие бессознательные процессы. Установлено, что успешная адаптация к беременности коррелируется с успешной адаптацией к материнству (как удовлетворенность своей материнской ролью, компетентность, отсутствие проблем во взаимодействии с ребенком, успешное развитие ребенка).

Страх является результатом отсутствия знаний у роженицы о событиях, происходящих в процессе родов (т.е. надо объяснять, что происходит во время родов). Этап беременности является переломным этапом в формировании материнского отношения.

При подготовке женщины к беременности и родам психологическая составляющая до сих пор остается наиболее слабым звеном. Для решения данной проблемы была разработана программа психологической помощи беременным женщинам «Я-мама», которая направлена на актуализацию и осознание ими радости материнства.

Для эффективной подготовки женщины к рождению и воспитанию ребенка психологическая работа осуществляется в следующих направлениях: повышение уровня знаний о беременности, родах, развитии ребенка; личностный рост; освоение навыков ухода за ребенком и форм взаимодействия с ним.

В программе сделан акцент на важности принятия и осознания своего нового состояния. Программа направлена на развитие материнских компетенций, повышение психологической грамотности, обучение приемам эмоционального взаимодействия с ребенком. Подготовка беременной женщины к осознанному материнству, создание позитивной доминанты беременности и родов, помогает

ей по-новому посмотреть на свое состояние с разных сторон, понять и принять это новое состояние.

Занятия по программе помогают беременной женщине приобрести уверенность в себе, получать удовольствие от своего «интересного» положения, подготовиться к родам, получить новые знания о себе, о развитии малыша.

Психологическое сопровождение женщин позволяет подготовиться к родам и материнству комплексно: решить различные эмоциональные проблемы, возникающие в разные trimestры беременности, психологически настроиться на благополучные роды; научиться управлять своим телом; овладеть правильной организацией грудного вскармливания и ухода за малышом в ранний послеродовой период.

Цель программы – формирование осознанного, позитивного восприятия материнства.

Задачи программы:

Познакомить с физиологией протекания беременности, особенностях внутриутробного развития ребенка, основами педагогики и психологии раннего периода жизни ребенка и методиками раннего развития.

Формировать у девушки представления о себе как о матери.

Воспитывать чувство материнства посредством формирования духовной связи между матерью и нерожденным ребенком.

Обучать будущих матерей навыкам материнства (приемам ухода за ребенком и лактации).

Обучать принципам здорового образа жизни.

Повышать общий культурный уровень женщины.

Развивать у беременных женщин навыки регуляции своего эмоционального состояния (эмоционального самоконтроля, умения расслабляться).

Развивать эмоциональный самоконтроль, психическую саморегуляцию.

Целевая группа: беременные женщины, в том числе несовершеннолетние и выпускницы детских домов и интернатов. Количество участниц не более 6-ти человек.

Сроки реализации программы. Программа занятий рассчитана на 3 месяца. 14 групповых занятий с элементами тренинга, продолжительностью 1,2 час. Периодичность занятий – 1 раз в неделю.

В программе принимают участие – психолог, юрист, врач-педиатр.

Форма работы – групповая и индивидуальная.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Программа обеспечит эффективное влияние на женщин, сомневающихся в необходимости принятия рожденного ребенка из медицинского учреждения, она основана на активизации внутреннего потенциала женщин.

Итогом работы должна стать стабильная положительная установка на беременность и роды, готовность женщины к материнству, снижение уровня тревожности. Повышение компетентности в вопросах поддержания здорового образа жизни, поведения в родах и послеродовом периоде, а также в вопросах правильного вскармливания и воспитания ребенка.

Беременные женщины получают более полную информацию о физиологии

протекания беременности и особенностях внутриутробного развития ребенка, что значительно понижает уровень их тревоги.

Беременные женщины научаются отслеживать свое тревожное состояние и работать с ним, развиваются навыки рефлексии.

У женщин происходит осознание беременности как состояния полезного для себя и ребенка, актуализируется и осознается радость материнства и собственная женственность.

Женщины приобретают знания и практические навыки по уходу за малышом и его воспитанию, грудному вскармливанию.

Развивается образ «Я-мать» у беременной женщины, что приводит к более осознанному и ответственному отношению и к беременности, и к будущему родительству.

Формируется субъективная уверенность в себе (усиление я концепции), способность брать на себя ответственность за свою судьбу.

Женщина получает эмоциональную и психолого-педагогическую поддержку в разработке собственной жизненной перспективы.

Активизируется внутренний потенциал женщины.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

Программа предполагает курс групповых занятий и индивидуальных консультаций, включающих в себя определенные психотерапевтические методы, развитие навыков творческого самовыражения, направленные на снижение тревожности, страхов и невротических проявлений у женщин. Предусматривается воспитание чувства материнства через установление и формирование духовной связи между матерью и нерожденным ребенком, повышение уровня ее материнских компетенций.

Ценностью групповой формы работы является возможность взаимодействия с несколькими людьми и их переживаниями, получение большего количества обратной связи, поддержки, возможность проживания социальных установок и ролей. Беременные похожи и, в то же время, не похожи в своих эмоциях. Они довольно быстро выходят на расслабленность в работе и очень искренне реагируют на все, что происходит в группе.

В процессе групповой работы женщины учатся пониманию своего состояния и его презентации, а также пониманию других людей – сопереживанию.

Групповая форма работы позволяет обсудить, проработать интересующие женщин вопросы в безопасных условиях, показывает, что она не одинока, у других есть похожие проблемы, тревоги. Данная форма работы оказывает огромное позитивное влияние на беременную женщину. Групповые занятия проводятся в различных формах: от лекций – бесед до некоторого аналога психотерапевтической «группы встреч».

Занятия включают в себя теоретический блок (сообщается информация по различным темам в форме лекции – беседы) и практический блок, который включает в себя 2-3 упражнения для достижения поставленной цели, 1-2 упражнения для достижения эмоционального расслабления (комфорта).

Структура занятия

Занятие делится на 2 части с перерывом 10 минут. 1-ая часть (35 минут)

работа в группе, включает в себя теоретическую часть с элементами тренинга, лекции – беседы по различным темам; 2-ая часть (35 минут) – осуществляется отработка практических навыков по уходу за ребенком. По окончании курса проводится релаксация.

№ п/п	Части занятия	Содержание	Время проведения
1	Теоретическая часть	Организационные упражнения, настраивающие участниц на работу	5 минут
		Предоставление теоретической информации по теме занятия	15 минут
		Практические и тренинговые упражнения	15 минут
2	Перерыв		10 минут
3	Практическая часть	Практическая работа	25 минут
		Рефлексия практической работы. Релаксация.	10 минут

Каждое занятие начинается с обсуждения эмоционального состояния участников, их настроенности на работу, их возможных пожеланий и просьб. В конце каждого занятия проводится обсуждение впечатлений от упражнений, чувств по поводу них, пожеланий на будущие занятия.

Методы и приемы работы.

1. Тематические беседы – лекции.
2. Аутогенная тренировка.
3. Телесно-ориентированная терапия.
4. Арт-терапия.
5. Ролевые игры.
6. Визуализации.
7. Гапнотомия (поглаживания, легкие постукивания живота), голосовые упражнения, приемы дыхательной гимнастики.
8. Ароматерапия (используется на протяжении всех занятий).
9. Спокойная медленная музыка (используется на протяжении всех занятий).

ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

№	Тема занятия	Содержание занятий
1.	Вхождение в группу. «Путешествие в страну материнства»	Знакомство, сбор ожиданий, обсуждение правил группы, организационные моменты, тестирование, слайдовая презентация. Используется ароматерапия, музыкотерапия

2.	«Плывем по реке беременности»	Психологические особенности беременности, изменения с женщиной, каждая фаза и каждый триместр.
3.	«Зарождение новой жизни»	Психологические особенности развития ребенка в утробе матери.
4.	«Колыбельная для мамочки»	Страхи и мифы беременных, самолечение, исключение из правил
5.	«Я здесь, мамочка!»	Гапнотомия (язык прикосновений), грудное вскармливание
6.	«Я жду тебя, малыш!»	Сказки, потешки, песни. Поем, читаем, слушаем, уносим домой раздаточный материал
7.	«Азбука восстановления»	История развития перинатальной психологии, предвестники родов, роды глазами ребенка, что собрать в роддом; как восстановиться после родов, я родила – что дальше...
8.	«Здравствуй, малыш!»	Все, что нужно ребенку после рождения; все, что может облегчить жизнь мамочки (разные приспособления для кормления и т.д.), детская глазами современных средств цивилизации и как жить без этого.
9.	«Первые дни дома. Кормление малыша»	Отработка навыков ухода за новорожденным. Важность грудного вскармливания для ребенка и для мамы.
10.	«Первые дни дома. Уход за новорожденным»	Отработка навыков ухода за новорожденным. Материнско – младенческие отношения.
11.	«Первые дни дома. Режим дня»	Отработка навыков ухода за новорожденным. Материнско – младенческие отношения.
12.	«От А до Я»	Навыки ухода за новорожденным ребенком (пеленание, кормление, уход и развитие и т.д.). Анкеты, тесты, юридические вопросы
13-14	«Чемодан для беременной»	Заключение, подведение итогов. Релаксация.

ПРАВИЛА РАБОТЫ В ГРУППЕ:

- Доверительный стиль общения.
- Общение по принципу «здесь и теперь» (во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с нами в группе, мы обсуждаем здесь и сейчас; будем избегать общих рассуждений и обсуждать события, случившиеся с другими людьми).
- Персонификация высказываний (отказ от безличной речи; замена фраз типа «Большинство людей считает, что...» на «Я считаю, что...»; «Некоторые из нас думают...» на «Я думаю...»; «Многие меня не поняли» на «Оля и Саня меня не поняли»).
- Искренность в общении (во время работы мы говорим только то, что чувствуем и думаем по поводу происходящего; если нет желания говорить искренно и откровенно, то мы молчим; правило означает открытое выражение своих чувств по отношению к действиям других участников и к

- самому себе; никто не обижается на высказывания других членов группы).
- Конфиденциальность всего происходящего в группе.
- Определение сильных сторон личности (каждый из нас стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которым мы вместе работали; каждому члену группы – как минимум одно хорошее и доброе слово).
- Недопустимость оценки человека (при обсуждении оцениваем не участника, а его действия и поведение).
- Как можно больше контактов и общения с различными людьми (стремиться к общению со всеми членами группы, особенно с теми, кого меньше знаем).
- Активное участие в происходящем (внимательно смотрим и слушаем, не замыкаемся в себе, внимательны к другим).
- Уважение к говорящему (внимательно слушаем, даем возможность сказать то, что он хочет, не перебиваем и молчим до тех пор, пока он не закончит говорить, после этого можем задавать вопросы или спорить с ним).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка. // Синапс, 1993, № 4.
2. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. т.2, вып. 4. М., 1996, с. 150-151.
3. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности. // Вопросы психологии. 1997. № 6, С.38–47. Вилюнас В. Психология развития мотивации. СПб., 2006.
4. Бутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопросы психологии, 2002, № 1.
5. Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С. Особенности семейного воспитания и личностные характеристики женщин, бросающих своих детей. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. т.2, вып. 4. М., 1996, с. 151-152.
6. Винникот Д. Маленькие дети и их матери /Д. Винникот. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
7. Добряков И.В. Как родить счастливого ребенка. Руководство для будущих родителей. – М.: Речь, 2008г.
8. Добряков И.В. Перинатальная психология. – Питер, 2010г.
9. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Готовность к материнству // Синапс. – 1994. -№5.
10. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни. // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. Мат. Росс. Конф. 26-28 мая 1999, Санкт-Петербург-Иваново, 2000. – с.312-320.
11. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического

- подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // www.psymama.ru
12. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству. // Вопросы психологии. 2000. № 5.
 13. Фатеева Е.М., Коваленко Н.П. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя»: Учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства/ Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. – М., 2000 – с.183.
 14. Филиппова Г.Г. Методики изучения психологического состояний женщин во время беременности и после родов. // Вопросы психологии, 2002, № 3.
 15. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. -240 с.
 16. Филиппова Г.Г., Захарова Е.И., Печникова Е.Ю. Беременность. Консультации акушера-гинеколога и психолога. М.: Эксмо, 2008г.
 17. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005 С.38 – 41.

Приложение 7.

ОПИСАНИЕ РАБОТЫ БАЛИНТОВСКОЙ ГРУППЫ

Балинтовские группы – эффективный метод повышения профессиональных коммуникативных навыков, снижения профессионального стресса и «эмоционального выгорания». В наше время эта технология используется не только в группах врачей и психологов, но и в группах учителей, социальных работников, полицейских, священников и других специалистов, основой работы которых является профессиональная коммуникация. Приоритетами в работе Балинтовской группы являются безопасность обсуждения, анализ и эмоциональная поддержка её участников.

Цели работы балинтовских групп:

Поощрять психологов ценить свои навыки межличностных отношений и учиться понимать их пределы.

Улучшить восприятие и понимание коммуникации клиента психологами.

Позволить психологам осознать свои «слепые пятна» в общении с клиентами.

В проводимом обсуждении акцент делается не на клиническом анализе ведения данного клиента, а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений психолога с клиентом в рамках данного случая, их реакциях на меняющиеся обстоятельства этой ситуации, что отличает балинтовские группы от традиционного клинического разбора, консилиума или супервизии. Для этого нужно, чтобы в групповых дискуссиях говорили не только о том, что думает, но и о том, что чувствует психолог (эмоционально и телесно) во взаимоотношениях со своим клиентом, что доктор и пациент значат друг для друга, и что они друг для друга делают?

Процесс работы Балинтовской группы.

Один из участников группы предлагает случай из практики, который вызвал затруднения, удивление или почему-то запомнился. Объект обсуждения – не клиент и не его лечение, скорее, сам психолог с его своеобразием восприятия данного случая, отношением к нему. Собственно, поэтому участники группы рассказывают о своих случаях без записей, свободно, не заботясь о жесткой структуре своего сообщения, иногда повторяясь, что-то вспоминая «на ходу», т.к. для анализа не менее важно, что «забывает» сказать рассказчик.

«Докладчик» должен ориентировать свой рассказ не столько на историю клиента, сколько на изложение сложностей взаимоотношений с ним и своим переживанием трудностей этого случая, с описанием реакций и поведения клиента, свои эмоции, мысли или ожидания в большей степени, чем клиническую часть случая. После короткого рассказа (5 -15 минут) рассказчик формулирует «запрос», который должен касаться коммуникации с клиентом (что происходило?, уточнение эмоционального состояния, ожиданий психолога или клиента...). Запрос может касаться, на первый взгляд, совершенно не существенных вещей. Например, более продуктивным обсуждением может быть случай, в котором запрос звучит так: «Почему я так много смеялась/смеялся в этом случае?».

После формулировки «запроса» участники группы могут обменяться впе-

чатлениями и задать вопросы, которые прояснят для них необходимые для ответа на запрос моменты.

Лидер Балинтовской группы следит, чтобы вопросов было не чересчур много, и они не слишком «разогревали» рассказчика и группу. Когда ситуация достаточно уточнена, он просит рассказчика теперь помолчать, расслабиться и послушать, что участники группы чувствуют и думают по поводу коммуникации, сложившейся в обсуждаемом случае. Приветствуются любые фантазии, образы, метафоры и символы. Любая фантазия или ассоциация может быть подспорьем в понимании неосознанной составляющей коммуникации. Здесь нет правильных интерпретаций, а есть множественность восприятия ситуации. Это позволяет рассказчику взглянуть на свой случай со стороны и увидеть ранее невидимое, то, что находилось в «слепых пятнах» или было «прикрыто» психологической защитой и понять, почему этот пациент/клиент вызывал затруднения или удивление. Совсем необязательно, чтобы все фантазии в группе казались рассказчику «правильными». Может быть, как раз то, что вызывает сейчас самый сильный протест, потом и окажется наиболее точным объяснением происшедшего.

После круга фантазий и их обсуждения, рассказчик «возвращается в круг» и делится своими переживаниями и мыслями, возникшими в процессе обсуждения.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
Понятие о кризисной беременности	9
Определение и критерии кризисной беременности	9
Факторы кризисной беременности	10
Варианты разрешения кризисной беременности	10
Организация доабортного консультирования	14
Специфика консультирования женщин, идущих на прерывание беременности	17
Психологические особенности доабортного консультирования	17
Этапы доабортного консультирования	19
Учет психического состояния женщин при выборе методов и приемов консультирования	20
Амбивалентность, то есть «противоречивость, разнонаправленность»	21
Тревога	24
Подавленность	25
Отрицание (психологическая защита)	26
Защитная агрессивность	28
Проблемы, обсуждаемые во время консультирования	30
Анализ причин абортов	30
Работа с причинами, побуждающими женщину сделать аборт	31
Негативное отношение к беременности со стороны женщины может быть обусловлено рядом факторов	31
Первая беременность, страх родов, психологическая неготовность к роли матери	31
Незапланированная беременность	33
Нарушение конкретных планов, связанных с образованием, карьерой, отпуском и др.	34
Наличие в анамнезе тяжелой беременности и/или родов	36
Наличие ребёнка младенческого возраста	38
Социально-бытовые преимущества	39
Психологические преимущества	40
Усталость от социальной изоляции	40
Проекция на внутриутробного ребёнка агрессии, направленной на его отца	42
Негативное отношение к рождению ребёнка со стороны ближайшего окружения женщины	42
Роль мужчины в принятии решения об аборте	42
Психологическое давление на женщину	44
Психологические последствия аборта, постабортный синдром (ПАС)	45
Социально-психологическая работа с беременными женщинами	48
Оказание комплексной помощи беременным (Из опыта работы Благотворительного фонда «Покров»)	48
Подготовка к осознанному материнству	49
Задачи сопровождения матерей	50
Супервизия специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь женщинам в ситуации кризиса	53
Проблема эмоционального выгорания специалистов, работающих с людьми	53
Симптомы эмоционального выгорания	54
Супервизия как способ профилактики эмоционального выгорания	55
Аборт. Последствия аборта	57
Основы психологического консультирования	57

Материнство, беременность	58
Консультирование в ситуации кризисной беременности	58
ПРИЛОЖЕНИЯ	59
Определение ситуаций кризисной или не кризисной беременности	59
Описание опыта взаимодействия фонда «Покров» с Министерством здравоохранения Пензенской области	60
Основные техники консультирования	62
Слушание клиента	62
Постановка вопросов	63
Ободрение и успокаивание	64
Отражение содержания: перефразирование и обобщение	65
Отражение чувств	66
Паузы молчания	67
Представление информации	68
Конфронтация	68
«Копилка» консультанта	70
Вопросы, задаваемые во время консультации	70
Тактика поведения в случае давления «Заезженная пластинка»	70
Повышение степени осознанности ситуации	70
Формирование образа будущего	71
Рисуночный тест «Я и мой ребенок»	72
Программа формирования осознанного материнства «Я-мама»	75
Ожидаемые результаты	76
Содержание программы	77
Тематическое планирование	78
Описание работы балинтовской группы	82

Методические рекомендации

Психологическое консультирование женщин
по вопросам сохранения беременности

При разработке методических рекомендаций использованы средства гранта, выделенные Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на реализацию пилотного проекта по разработке модели межрегионального ресурсного центра поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций, работающих с семьями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации в соответствии с договором № 2пп-2016.4/2 от 01.08.2016.



Составитель: Безрукова Светлана Александровна- методист-психолог Благотворительного фонда «Покров», семейный психолог ППМС центра Пензенской области, Действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги РФ.

Редактор О. Ульянова. Корректор Д. Чижова
Макет, верстка — издательство «КотОМ»

Подписано в печать 08.08.2017. Формат 60×84/16. Тираж 100 экз. Заказ 89.
Печать офсетная. Гарнитура Агора. Усл.печ.листов 5,12.