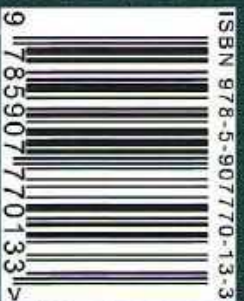


Фаткуллина Л.С.,
Миннуллин М.М.,
Жаворонок В.В.



КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИТУАЦИИ РЕТРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Учебное пособие



9 785907 770133 >

Казань, 2023



Учебное пособие

Фатхуллина Лариса Сергеевна
Миннуллин Марсель Мансурович
Жаворонков Владимир Владимирович

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Редактор Шамонова А.М.

ISSN 978-5-907770-13-3



9 785907 701333

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета

Подписано в печать 31.10.2023 г.
Формат 60x84^{1/16}. Печать на листе 4/25.
Бумага офсетная, тираж 300. Заказ Г-97.

Отпечатано в



г. Казань, ул. Мушкетера, 11, тел. 259-56-48.
E-mail: meiddok2005@mail.ru

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фатхуллина Л.С., Миннуллин М.М., Жаворонков В.В.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Учебное пособие для ординаторов,
обучающихся по специальности 31.08.01
«Акушерство и гинекология»

КАЗАНЬ
2023

Печатается по решению

Центрального координационно-методического совета
Казанского государственного медицинского университета

Авторы:

доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского
ГМУ МЗ РФ, главный внештатный акушер-гинеколог
УЗ г. Казани МЗ РТ, к.м.н. **Фаткуллина Л.С.**;
министр здравоохранения РТ **Миннуллин М.М.**;
заместитель министра здравоохранения РТ,
начальник УЗ г. Казани МЗ РТ **Жаворонков В.В.**

Под редакцией

профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии
им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ МЗ РФ,
главного внештатного акушера-гинеколога МЗ РФ по ПФО, д.м.н.
Фаткуллина И.Ф.

Рецензенты:

профессор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, д.м.н. **Хасанов А.А.**;
доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии КГМА –
филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, к.м.н. **Юпатов Е.Ю.**

Фаткуллина Л.С., Миннуллин М.М., Жаворонков В.В.

Консультирование в ситуации репродуктивного выбора : учебное пособие /
Л.С. Фаткуллина, М.М. Миннуллин, В.В. Жаворонков; под редакцией
И.Ф. Фаткуллина. – Казань: ИД «МеДДоК», 2023. – 68 с.

ISBN 978-5-907770-13-3

УДК 159.99
ББК 88.5

ISBN 978-5-907770-13-3

© Казанский государственный медицинский университет, 2023
© ООО «Издательский дом «МеДДоК», 2023

Введение	3
1. Консультирование в ситуации репродуктивного выбора	5
2. Основные требования к оформлению кабинета психологического консультирования	8
3. Понятие о кризисной беременности	10
4. Общие правила консультирования пациентов	13
5. Общий алгоритм и речевые модули консультирования	15
6. Принципы психологического консультирования в ситуации репродуктивного выбора	16
7. Структура консультирования в ситуации репродуктивного выбора	16
8. Первичная психопрофилактика аборта	18
9. Вторичная психопрофилактика аборта	18
– Особенности консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности	21
– Оценка возможности повторной консультации для принятия окончательного решения	23
10. Социальное консультирование	28
11. Алгоритм действий при консультировании в ситуации репродуктивного выбора	29
12. Командная работа и междисциплинарное взаимодействие	30
13. Третичная психопрофилактика аборта	31
14. Заключение	37
15. Контрольные вопросы	38
16. Литература	39
17. Приложения	42

В настоящее время правительство Российской Федерации занимает активную позицию в решении проблем демографии, в том числе в вопросах прерывания беременности. Особенно важно уделять внимание становлению ментального и физического здоровья женщин и мужчин, развитию их личности, начиная с подросткового возраста. Именно это имеет значение для решения демографических проблем государства.

В концепции демографической политики РФ на период до 2025 года, утвержденной Президентом РФ № 1351 от 9 октября 2007¹, были поставлены задачи по укреплению института семьи, сохранению нравственно-духовных традиций и семейных ценностей:

- развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания положительного микроклимата внутри семьи;

- профилактика семейного неблагополучия;
- предотвращение социального неблагополучия семей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- реализация комплекса мер по снижению числа преждевременных прерываний беременности;
- пропаганда и поддержка многодетных семей.

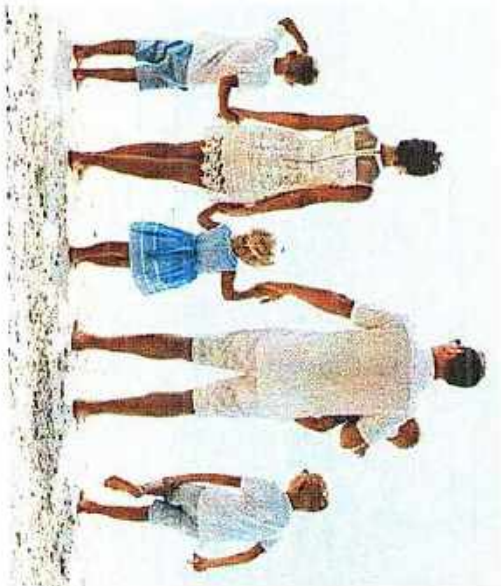
Достигнуть эти задачи можно пропагандированием политики укрепления института семьи и охраны материнства и детства с помощью различных инструментов, стимулирующих рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни².

Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» №1130н от 20.10.2020³, при первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности акушер-гинеколог должен направить беременную «в кабинет медико-социальной помощи... для консультирования психологом».

При отсутствии кабинета медико-социальной помощи, консультирование проводит медицинский работник, прошедший специальное обучение. В связи с этим возникла задача разработки соответствующих методических материалов, программ тематического усовершенствования и обучения специалистов.

В нормативных документах отражены важные моменты, знание которых необходимо при психологическом консультировании.

Настенные картины для кабинетов



<https://ryskiblog.ru/kartiny-kabiny-4-4-thelovek-kartinki-vo-zrnu.html>

Фото предоставлены фотографом Саша Киреева (Казань)



Однако, как отмечали сами авторы, предлагаемые методические рекомендации «в ходе практической реализации и накопления дополнительного опыта, возможно, потребуют доработки и улучшения».

На практике основная работа направлена на «реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного прерывания беременности (абортов)», в то время как решению задач «развития системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания положительного микроклимата» уделяется меньше внимания и средств.

В данном учебном пособии мы раскроем вопросы, касающиеся каждого из этапов консультирования, психологических характеристик специалистов, особенностей проведения беседы психолога, социального работника, юриста и любого специалиста, кто тем или иным образом встречается с женщинами, находящимися в ситуации репродуктивного выбора (от специалиста ультразвуковой диагностики до медицинского регистратора и санитарки).

1. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Данный вид консультаций направлен на формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности, сопровождение и дальнейшую поддержку в течение беременности и после родов⁴.

В большей части учебного пособия мы уделим внимание вторичной психопрофилактике аборта. Мы расскажем о работе с профилактикой (предикцией) ситуаций, при которых у женщины может возникнуть мысль о прерывании беременности (первичная профилактика абортов) и о женщинах, переживающих постабортный синдром (третичная психопрофилактика абортов).

В практической работе мы не рекомендуем использовать слово «доабортное», так как это означает консультирование перед абортом, который предстает сделать женщине. Лучший вариант – «консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора», что, с нашей точки зрения, более правильно и принципиально важно.

**Не «доабортное консультирование»,
а «консультирование в ситуации репродуктивного выбора»**

Как же можно оценивать успешность предупреждения абортов? Мы предлагаем считать результативность и эффективность проведенного консультирования по доле женщин, которые изменили решение о прерывании беременности от числа прошедших консультирование, а также по числу родившихся детей от женщин, изменивших решение о прерывании. Также, важно учитывать общее количество оказанных медико-социальных психологических консультаций пациенткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, связанной с кризисной беременностью и репродуктивным выбором.

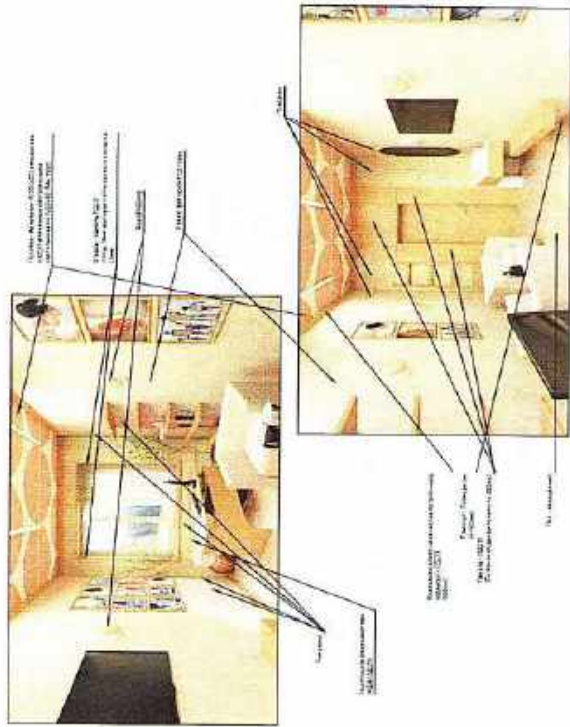
Необходима организационно-методическая и адекватная аналитическая работа для улучшения оценки эффективности профилактики абортов. Важно выполнять исследования, направленные на изучение течения беременности, родов, естественного вскармливания, состояний соматического и психического здоровья женщины, решившей не делать аборт. Кроме того, важно изучать состояние здоровья ребенка, формы привязанности, их дальнейшую социальную адаптацию. Особо следует отметить и анализировать случаи отказов от детей после их рождения у матерей, отказавшихся от абортов².

Женщины, отказавшиеся от намерения сделать аборт, нуждаются в продолжении медико-психологического сопровождения и социальной поддержке в течение всей беременности и после родов.

Нельзя осуждать!

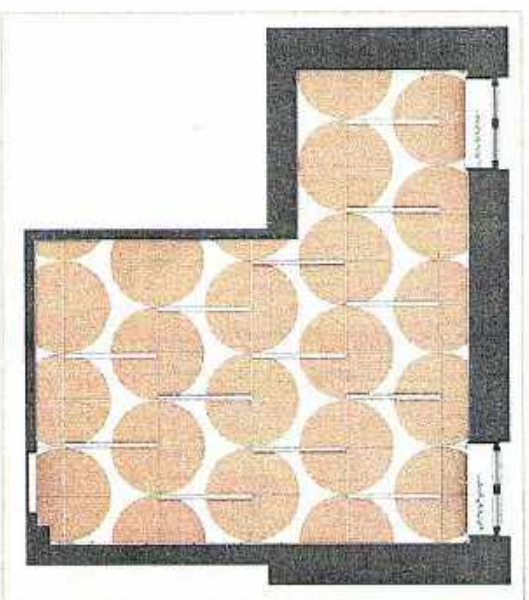
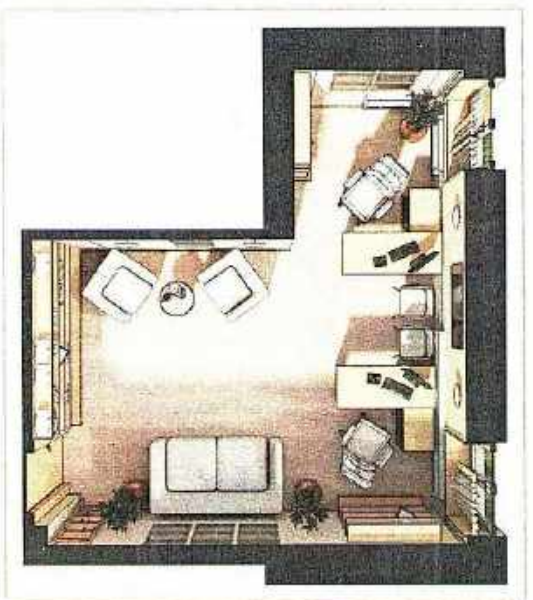
Прежде, чем начинать активно работать с женщиной в ситуации репродуктивного выбора, ее нужно понять. И она должна чувствовать, что какое бы решение она не приняла, она не будет осуждена, не останется без помощи. Нельзя осуждать! Такая позиция психолога повышает эффективность работы, результат ее удовлетворяет как женщин, так и самого консультанта².

Возникновение беременности – обстоятельство, способствующее изменениям личности женщины, ее развитию, переходу на новый жизненный этап. Это нарушает эмоциональный баланс, что считают одним из признаков кризиса (*др. – греч. κρίσις – поворот, переход*). Состояние любой беременности можно оценивать как критическое, так как оно сопровождается стойкими эмоциональными реакциями. Это требует больших затрат на адаптацию и более продолжительного времени для восстановления после воздействия обычных повседневных перегрузок.



Панель свет	Доп. цвет стен	Акцентные участки	Цвет потолка
<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Панель свет</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Панель свет</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Доп. цвет стен</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Доп. цвет стен</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Акцентные участки</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Акцентные участки</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Цвет потолка</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Цвет потолка</div>
<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Панель свет</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Панель свет</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Доп. цвет стен</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Доп. цвет стен</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Акцентные участки</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Акцентные участки</div>	<div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Цвет потолка</div> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px;">Цвет потолка</div>

2 - Набор цветных элементов



Существует *два типа кризиса*. Первый тип – принятие решения путем возвращения к прежней жизни и избавления от беременности. Второй тип требует кардинального изменения жизни, ее нового осмысления с сохранением беременности.

Состояние беременности – это кризис второго типа. Непонимание этого подталкивает женщину к желанию превратить беременность, а при решении сохранения – к формированию гипогестогнозного варианта психологического компонента гестационной доминанты (*«слабое узнавание беременности» – бессознательное неприятие беременности, любое предложение помощи вызывает у них раздражение, женщины стараются не менять привычный образ жизни), что может негативно влиять на течение любой, даже сохраненной беременности, родов, на развитие ребенка.

Итак, даже сохраненная беременность, родов, на развитие ребенка, вторичной и третичной. Кратко разберем все варианты.

Первичная психопрофилактика направлена на предупреждение (предикцию) возникающих ситуаций, в которых у женщин возникли бы мысли о прерывании беременности.

Вторичная психопрофилактика направлена на проведение мелко-психологических и социальных мероприятий, которые способствуют принятию женщиной осознанного решения о сохранении беременности. Акушеры-гинекологи женских консультаций и других учреждений должны уметь устанавливать адекватный контакт, персонализированно и дифференцированно подходить к решению этих проблем.

Третьичная психопрофилактика представляет собой комплекс мероприятий, выполняемых после некусаственного прерывания беременности. Они направлены на: предупреждение возникновения постабортного синдрома, оказание помощи при его выявлении, постабортную реабилитацию и комплексную подготовку к следующей беременности². Цель этих мероприятий – предупреждение у женщины страха новой беременности, профилактики невынашивания, бесплодия и повторного желани сделать аборт при возникновении следующей беременности, проведение комплексной прегравидарной подготовки (*комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку организма к зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка, снижению риска развития осложнений в процессе беременности и родов) и соблюдения адекватного

интергравидарного периода (*промежуток, во время которого женщина восстанавливается после предыдущей беременности и организм вновь может выносить плод без риска для здоровья будущей матери и ее ребенка).

Важная составляющая успеха – место проведения (кабинет) психологического консультирования. От этого может зависеть положительное эмоциональное и расслабленное физическое состояние женщины, находящейся на консультации в комфортных условиях.

II. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ КАБИНЕТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Существуют определенные требования к помещению, где проводят консультирование, которых необходимо придерживаться³.

I. Общие требования к оформлению кабинета:

1. Площадь не менее 15 м².
2. Цвет стен мягкий, пастельных тонов.
3. Наличие окна с форточкой для проветривания.
4. Наличие штор мягких пастельных тонов.
5. Хорошая звукоизоляция.
6. Оптимальная температура воздуха в кабинете +23°С.
7. Мобильная мебель для быстрой смены обстановки и освобождения пространства.
8. Мебель в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и требованиями, безопасная, с фиксаторами.
9. Наличие хорошего дневного и искусственного освещения.

II. Зонирование:

1. Организационно-планирующее пространство:
 - рабочий стол психолога;
 - стул;
 - книжные полки с методическими пособиями и наглядными, раздаточными материалами;
 - сейф для документации и конфиденциальной информации;
 - настенный календарь;
 - настенные (настольные) часы.
2. Пространство для консультаций:
 - журнальный столик;



Бренд-бук для кабинета площадью более 30 м²



– 3-4 кресла или мягких стула с подлокотниками;

– питьевая вода;

– бумажные салфетки;

– шоколадные конфеты.

3. Техническая зона:

– телевизор;

– ноутбук для демонстрации видео, фильмов.

4. Зона релаксации:

– растения (нецветущие, безопасные для здоровья);

– дополнительно можно сделать фоновую релаксирующую

музыку (звуки природы – шум дождя, шелест волн, пение птиц и

т.д.).

III. Оформление кабинета иллюстрациями.

1. Картины нейтрального сюжета:

– цветочно-посудный натюрморт;

– пейзаж весне-летней тематики.

2. Выставка детских рисунков (при возможности).

3. Фотографии с образами семьи с тремя и более детей,

изображения новорожденных. Приветствуются позитивные,

радостные детские, родительские, супружеские отношения на фото.

IV. Методическое оснащение:

1. Библиотека.

2. Видеотека.

3. Документация.

4. Нормативно-правовая документация.

5. Набор муляжей по внутриутробного развития плода.

6. Диагностические материалы.

7. Раздаточные материалы для женщин и семьи.

8. Рабочее место врача (компьютер, принтер, колонки,

видеокамера, флэш-карты памяти).

В Приложении №7 мы представляем бренд-бук и варианты

оформления кабинетов площадью 10-20м², 20-30м² и более 30м², а

также примеры настенных картин.

III. ПОНЯТИЕ О КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кризисная беременность – это беременность, которая *объективно* сопровождается выраженным соматическим, социально-бытовым и иным неблагоприятием⁶ или *субъективно* (по тем или иным причинам не принимается женщиной) тяжело переносится женщиной, в связи с чем *протекает под угрозой искусственного прерывания*⁷.

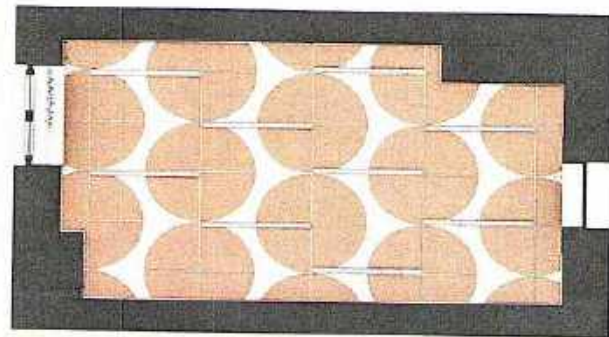
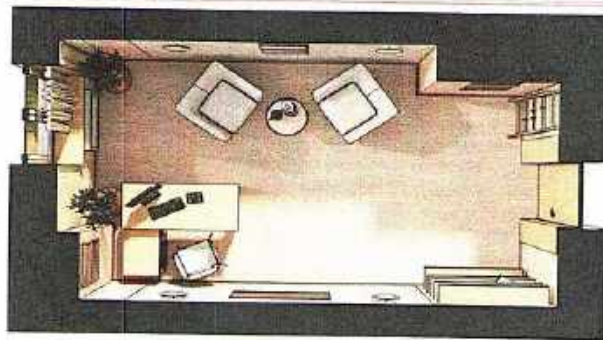
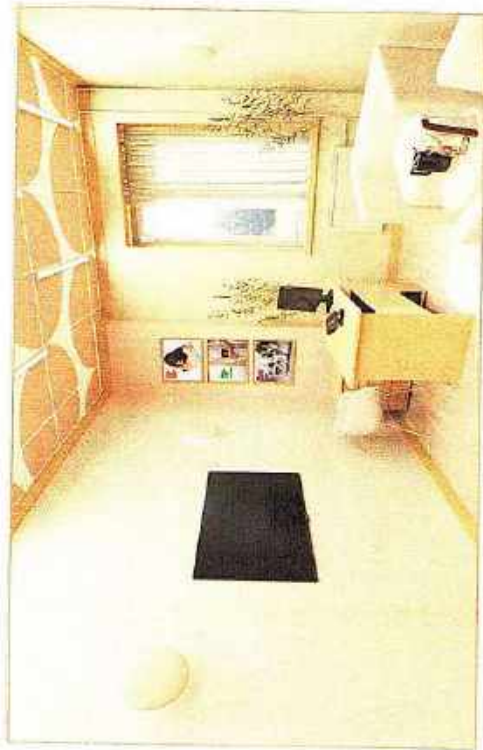
Наличие одного из следующих **критериев**, позволяет определить беременность, как кризисную:

- *негативное отношение самой женщины к беременности* (в той или иной степени выраженное желание прервать беременность);
- *негативное отношение со стороны кого-либо из близкого окружения* (муж, родители и т.д., которые оказывают давление в принятии решения о прерывании беременности);
- *несовершеннолетняя беременная*;
- наличие финансовых, социально-бытовых, жилищных и т.п. проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за новорожденным;
- медицинские осложнения (особенности) течения беременности (наличие у женщины соматического или психического заболевания), риск (реальный или мнимый) ухудшения состояния здоровья во время беременности, тяжелое протекание беременности, обнаружение риска заболеваний/пороков развития плода, наличие в анамнезе, как минимум, одного прерывания беременности, аборта по медицинским показаниям⁸.

Нужно отметить, что это не совсем та угроза выкидыша, которая требует консервативного лечения в условиях дневного или круглосуточного стационара, с которыми нам приходится иметь дело в практике. Однако даже «нормальная» беременность может быть кризисной. Поэтому мы считаем, что к любой беременности нужно относиться как к кризисной, с позиций профилактики и лечения возможных осложнений.

При любой беременности, а тем более кризисной, угроза прерывания может быть выражена в разной степени.

Латентная (скрытая) угроза прерывания – имеет один или несколько из вышеперечисленных критериев кризисной беременности, но у женщины еще не сформировалось желание или намерение прервать эту беременность.



Бренд-бук для кабинета площадью 20-30 м²



Актуйская угроза прерывания – женщина сомневается в целесообразности рождения ребёнка. Высказывает проблемы, связанные с этим событием, надежды и опасения, обусловленные 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 беременности⁶.

В связи с этим работа, направленная на сохранение беременности и рождение ребенка, представляется наиболее перспективной даже для этой группы беременных, хотя в такой ситуации необходим особый такт, гибкость и мягкость.

Предлагаем рассмотреть **три важные закономерности**, связанные со степенью риска прерывания беременности⁹.

1. Решение о прерывании беременности принимается только женщиной и связано не столько с наличием объективных проблем и препятствий для рождения ребенка, сколько с ее готовностью отстаивать свое материнство и преодолевать сложности ради сохранения жизни ребенка (ярким примером служат 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 решимости).

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 недель и более).

3. Степень проявления 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.

Уровень угрозы прерывания беременности во многих случаях снижается при оказании поддержки и предоставлении информации о более конструктивных путях решения проблемы и возможности получить необходимую помощь.⁶

Для консультанта (психолога, врача акушера-гинеколога, социального работника, юриста и др.) важно правильно определить факторы риска возникновения кризисной беременности, выявить мотивы и причины принятия решения женщины в ситуации репродуктивного выбора.

Выделяют 4 группы факторов кризисной беременности.

1. Психологические (внутриличностные, межличностные, супружеские).
2. Социально-психологические (социальные стереотипы, внебрачная беременность, давление среды и т. п.).
3. Социально-экономические (материально-бытовые жизненные условия, финансовое положение, асоциальность, миграция и т. д.).
4. Медико-психологические (соматические и психические заболевания женщины, обнаруженные риски пороков плода и т. д.).

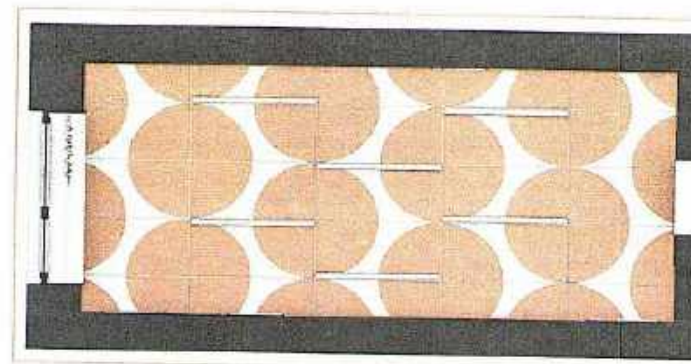
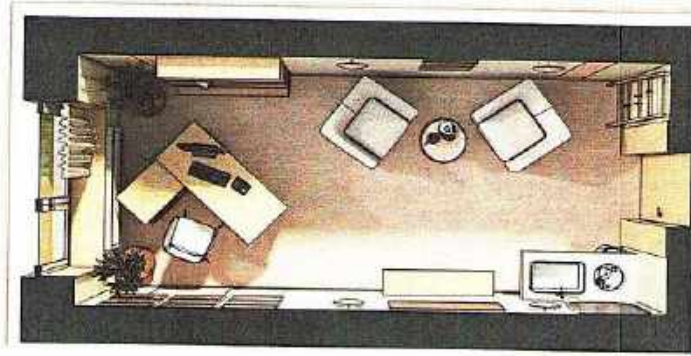
Решение о прерывании беременности складывается путем совокупного действия ряда факторов и является негативным, деструктивным выходом из кризисной беременности. Женщина, находящаяся в ситуации репродуктивного выбора, имеет конфликтное столкновение вариантов жизненного пути: принять или не принять факт рождения ребенка и все последствия, которые повлечет за собой то или иное решение.

Выход из кризиса имеет два пути – либо конструктивный, либо деструктивный⁶.

Конструктивный выход – принимается естественный и благоприятный выход из кризисной ситуации, максимально гармонизирующий душевное, психологическое состояние женщины и отношения с окружающими.

Деструктивный выход – 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 окружающими¹⁰.

Как правило, конструктивный выход из кризиса ведет к сохранению беременности. Приняв это решение, в большинстве



Бренд-бук разработан Муниципальным бюджетным учреждением «Институт развития» г. Казань
Бренд-бук для кабинета площадью 10-20м²



случаев женщина приходит к миру и согласию с собой и наполняется силами для его реализации (регулирование внутрисемейных конфликтов, поиск возможностей и средств для обеспечения ребенка необходимым уходом и т.д.).

Прерывание беременности – деструктивный выход из кризиса с точки зрения психологических, семейных, социальных последствий.

Идеал результативной работы консультанта – окончательное позитивное разрешение кризисной ситуации. Как правило, это соответствует принятию факта беременности, решению о сохранении ребенка 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 социальным партнером, кому-то – устроиться на работу или позаботиться о жилье и т.д.).

IV. ОБЩИЕ ПРАВИЛА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Предлагать, а не предписывать (не диктовать!)

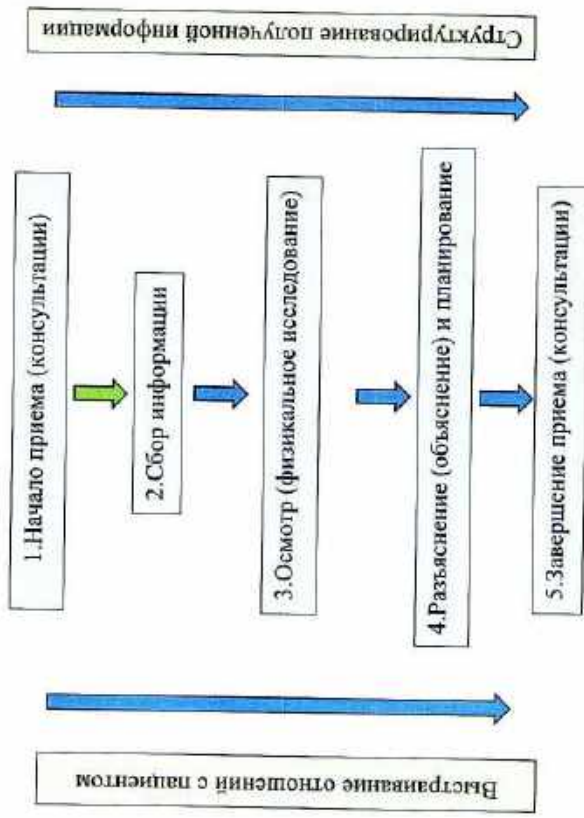
Взросший уровень медицины, демократизация общества привели к смене модели оказания медицинской помощи с патерналистской на пациент-ориентированную (пациенто-центричную). В пациент-ориентированной медицинской консультации врач выступает как советчик, который предлагает, а не предписывает разные варианты вмешательства и согласовывает их с пациентом, уважая его право самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья¹¹.

К профессиональным навыкам эффективного пациент-ориентированного общения врача относят выстраивание доверительных отношений, умение слушать и слышать, структурирование информации при распросе, совместное принятие решения для достижения компаса и многое другое. Навыки эффективного общения врача с пациентом при оказании медицинской помощи имеют обширную и убедительную доказательную базу. Специалисты, прошедшие специальное обучение, в будущем получают меньше жалоб от пациентов и чувствуют себя уверенными в общении с больными, особенно в трудных жизненных ситуациях. С этой целью можно эффективно использовать паспорт экзаменационной станции для сбора жалоб и анамнеза при

прохождении первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

Для эффективного и профессионального общения медицинского работника (а тем более врача вне зависимости от специальности) с пациентом в ситуации разъяснения ему информации целесообразно опираться на клиническое руководство к ведению медицинской консультации (Калгари-Кембриджское руководство по медицинской консультации)².

В данном руководстве выделяются пять этапов медицинской консультации, последовательно сменяющих друг друга:



До начала консультации обязательно оформить информированное добровольное согласие пациентки.

На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить врачу, используя определенные коммуникативные навыки, которые помогут в эффективном решении задач медицинской консультации.

Есть также два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации: структурирование врачом информации и выстраивание отношений с пациентом.

Далее мы представим алгоритмы и речевые модули, которые можно использовать для любой консультации любого профильного специалиста, участвующих в проведении консультации пациентов.

акушер-гинеколог направит Вас на консультацию к необходимым специалистам.

- В Вашей ситуации беременность на фоне хронического заболевания в более молодом возрасте будет протекать благоприятнее.

6. Я боюсь, что у меня родится больной ребенок

- Большинство заболеваний возможно определить на ранних сроках беременности.
- Пренатальная диагностика, которая хорошо развита и распространена в Российской Федерации, позволяет беспрепятственно и своевременно диагностировать различные виды нарушений.

Информирование об аборте и его последствиях для физического и психологического здоровья женщины

Каждое прерывание беременности – это вред для Вашего здоровья и риск развития осложнений. Аборт является частой причиной бесплодия и невынашивания беременности в дальнейшем.

Если женщина решила оставить ребенка

Речевой модуль: «Я очень рада за Вас. Это правильное решение».

Если женщина сомневается или настроена на прерывание беременности
Речевой модуль: «Подумайте, не спешите. Я Вас направлю на консультацию к психологу, а после жду Вас снова».

Речевые модули, которых надо избегать в диалоге с беременной женщиной в состоянии репродуктивного выбора:

- Будете сохранять беременность?
- Будете рожать?
- Вы постыдасте неправильно.

4. У меня уже есть дети

- По статистике дети, которые растут в многодетной семье более счастливые и вырастают ответственными и зрелыми людьми.
- Основываясь на полученном опыте воспитания детей, Вам будет уже гораздо проще.
- Старший ребенок – большое подспорье. Достаточно научить его чему-то, как все младшие берут с него пример и подражают ему. Так происходит коллективное обучение.
- Не всегда дети отдают от домашних дел, в основном они заняты играми между собой или общим делом. Братья и сестры - это самые родные люди в этом мире, самые надежные друзья в будущем.
- Дети из многодетных семей более адаптированы к жизни, бытовым условиям. Коммуникативные навыки у них также развиты намного лучше, чем у единственного ребенка в семье.

А знаете какие льготы и выплаты Вам положены, если Ваша семья станет многодетной?

- Вам положено дополнительно единовременное и ежемесячное пособие на рождение ребенка.
 - У Вас есть возможность бесплатно получить земельный участок в собственность.
 - Если Вы родите 7 и более детей, то можете быть награждены орденом «Родительская слава», а при рождении 4 и более детей – медалью к данному ордену.
 - Если у Вас родится 3-й ребенок, то также Вы можете получить господдержку для погашения ипотеки.
- Если у Вас многодетная семья, вам положены следующие льготы на уровне региона Вашего проживания:
- скидка на оплату коммунальных услуг;
 - бесплатные репетиторские лекции для детей до 6 лет;
 - бесплатная проезд на общественном транспорте для школьников;
 - бесплатное школьное питание;
 - приоритетное поступление детей в детские сады;
 - бесплатный проезд в музеи, парки культуры, на выставки 1 раз в месяц;
 - льготные кредиты на строительство жилья;
 - налоговый вычет по НДФЛ на ребенка;
 - уменьшенные налоги на землю;
 - Вам необходимо встать на учет в женскую консультацию на ранних сроках беременности, и

5. У меня есть хронические заболевания

У. ОБЩИЙ АЛГОРИТМ И РЕЧЕВЫЕ МОДУЛИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

№	Алгоритм действий	Речевые модули
1	Поздравляться с пациентом/семьей	«Здравствуйте!» «Добрый день!»
2	Познакомиться о комфорте пациента/семьи	«Прикажнуйтеся», «Можете положить сумку на стул», «повесить пальяк на вешалку» и т.д.
3	Представиться	«Меня зовут Мария Ивановна»
4	Объяснить свою роль	«Я врач-акушер-гинеколог/психолог/терапевт и т.д.)
5	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста». «Как вас зовут, сколько вам лет?»
6	Сверить данные с медицинской документацией, провести идентификацию личности	Данные совпадают
7	Начать сбор информации	«Что вас беспокоит?» или «Я вас слушаю» или «Расскажуйте»
8	Доступивать ответа пациента до конца, не перебивать, задавать уточняющие вопросы после того, как пациент закончит говорить	«Существует правило «экологий минуты». Докладно, что свободный рассказ пациента в реальности укладывается в одну минуту»
9	Обобщение выделенного и подведение итогов, чтобы показать пациенту, что он правильно понял	«Дайтее подведем итог всего выделенного»
10	Уточнить наличие других проблем	«Что еще вас беспокоит?», «Какие проблемы вы хотели бы еще обсудить?»
11	Регулярно поддерживать зрительный контакт с пациентом	
12	Обозначить готовность завершить консультацию и перейти к осмотру или в другой кабинет	«Мы завершаем консультацию, и я провожу вас в кабинет акушер-гинеколог/курста/социального работника»
13	Оформить результаты проведенной консультации в предложенной форме	См. Приложение №1

Большое влияние на результаты консультативных встреч будет оказывать установка, общее отношение к женщине, собирающейся прервать беременность. Надо поддерживать главного приница работы любого врача, тем более психолога, как писал Гиппократ: **«ргитит non nocere – прежде всего, не навреди».**

VI. ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

1. Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.
 2. Ценностная позиция психолога в сочетании с уважением права клиента иметь свои представления о нормах и ценностях.
 3. Запрет давать советы.
 4. Конфиденциальность.
 5. Разграничение личных и профессиональных отношений.
 6. Готовность и предложение оказывать поддержку и помощь.
 7. Включенность клиента в процесс консультирования в результате способности консультанта заинтересовать и замотивировать неистинного клиента на дальнейшее взаимодействие⁷.
- Переходим к самому консультированию в ситуации репродуктивного выбора. Важно придерживаться структуры консультативной беседы, которая состоит из трех частей. Примерные формы речевых модулей представлены в Приложении №2.

VII. СТРУКТУРА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Начало консультативной беседы¹³:

- представление психолога;
- установление контакта с женщиной – уникальный динамический процесс, во время которого психолог помогает женщине раскрыть свои внутренние ресурсы для развития позитивной направленности в беседе, а также достичь взаимопонимания между психологом и женщиной, исключить оценочные суждения, проявляемых в любой форме, по поводу прерывания беременности¹⁴;
- сообщение о цели консультации и, при необходимости, времени, которое она может занять.

Основная часть консультативной беседы

В этой фазе консультации психолог приступает к аргументации. Используются те же техники, что и на первом этапе и новые:

Для женщин старше 35 лет

Беременна, ориентирована на прерывание

Вступление

Беременность – это прекрасное и естественное состояние для каждой женщины. И испытывать сомнения, страх, волнение – это нормально. Ваша беременность наступила в том возрасте, когда с каждым годом ее самостоятельное наступление становится менее и менее вероятным. Расскажите, почему Вы бонтесь и сомневаетесь? Я постараюсь Вам помочь.

Мотивация для прерывания беременности	Речевая установка, направленная на преодоление мотивации прерывания беременности
1. Я бы хотела познать для себя	<ul style="list-style-type: none"> Наличие ребенка не означает полный отказ от собственных целей и желаний. Наоборот, Вы откроете для себя много новых интересов и увлечений, которые станут предметом Вашего внимания. Откладывая рождение ребенка сегодня, Вы можете столкнуться с трудностями его зачатия в будущем. С возрастом репродуктивный потенциал неминуемо снижается, беременность протекает тяжелее, появляется риск осложнений, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Распространенность бесплодия продолжает расти. Порой даже ЭКО не помогает женщинам в старшем репродуктивном возрасте стать мамой. В таких случаях остается только два выхода: усыновление или смириться с невозможностью стать родителями. С возрастом повышается риск рождения ребенка с патологией.
2. Страх сообщить новость отцу ребенка	<ul style="list-style-type: none"> Нужна ли Вам помощь в том, чтобы сообщить эту новость отцу Вашего ребенка? Если отец Вашего ребенка сейчас не поддерживает Вас, то это может измениться в скором времени. Ребенок укрепит Ваш союз. Появятся новые цели, достигая которых, вы станете ближе друг к другу. Аборт несет тяжелые психологические последствия для обоих партнеров и часто становится причиной распада семьи. По статистике, пары, у которых есть дети, разводятся/расходятся намного реже, чем те пары, у которых нет детей.
3. Я один	<ul style="list-style-type: none"> Наличие ребенка не станет помехой встретить своего спутника жизни. Мужчин с серьезными намерениями не спугнет наличие ребенка.

7. Я слишком молода для рождения детей

- акушер-гинеколог направит Вас на консультацию к необходимым специалистам;
- В Вашей ситуации беременность на фоне хронического заболевания в более молодом возрасте будет протекать благоприятнее;
- Быть молодой мамой это здорово!
- Дети, рожденные молодыми родителями, очень близки с ними, ведь они практически на одного поколения;
- Repродуктивная функция у женщин с возрастом снижается. Шанс наступления беременности уменьшается, а риск генетических аномалий увеличивается;
- Восстановиться после родов в молодом возрасте намного проще и быстрее, чем в старшем возрасте. Так что Вы очень быстро восстановитесь.

8. Я буду толстой, некрасивой

- прояснение и отражение чувств, интерпретация, конфронтация, сократовский диалог и т.д. (все техники психологи применяют при необходимости);
- Психолог должен вскрыть основной болевой момент, ту причину, которая подводит женщину к этому решению. В процессе консультации фактически решается вопрос о жизни еще нерожденного ребенка. И, как часто бывает, это решение может быть принято женщиной на основе эмоций, а не логических умозаключений.
- В процессе консультативной беседы большое воздействие оказывает использование макетов плода различных сроков гестации, а также возможность непосредственной демонстрации во время консультации фильмов о внутриутробном развитии ребенка, об абортах. Эта возможность и, в целом, использование наглядных средств и медийных инструментов значительно повышает эффективность консультативной работы психолога.
- Непродуманное, «смазанное» завершение может разрушить в целом успешную консультацию.

Завершение консультативной беседы

Необходимо выделить время для облегчения эмоционального переживания клиентом поднятых проблем, дать возможность «выплеснуть» (со слезами) накопившиеся эмоции.

На заключительной стадии психолог предоставляет клиенту дополнительный материал, который она может забрать домой и еще раз спокойно ознакомиться с брошюрой, буклетом, тематической литературой или фильмом (это рассматривалось выше), а также выполняет диспетчерскую функцию последующего сопровождения во время беременности.

Многие проблемы, поднятые клиентом, могут быть связаны с необходимостью обращения к другим специалистам: юристу, социальному работнику и др. Психолог должен предоставить женщине интересующую информацию: куда она может обратиться для решения психологических проблем и/или проводить к специалисту.

VIII. ПЕРВИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА АБОРТА

Первичная профилактика аборт² – проактивный подход для предупреждения появления желания прервать беременность. Для этого целесообразно разработать комплексную программу основ этики и психологии семейной жизни, в основе которой лежит формирование у подростков семейных ценностей, развитие культуры отношений между полами, укрепление духовных традиций и культуры, построение позитивного сценария будущего материнства и ответственного родительства.

Еще одной целевой аудиторией являются пары, которые готовятся вступить в брак. Это самые замотивированные слушатели. Совместная работа с органами ЗАГС позволит всем подающим документы для официального оформления отношений получить возможность прослушать эти лекции в удобное для них время, задать все волнующие вопросы, а при необходимости – получить консультацию врача акушера-гинеколога и уролога-андролога. Супружеские пары и партнеры с бесплодием и невынашиванием составляют большую целевую группу, требующую проведения полноценного спектра обследования и диагностического поиска причин бесплодия и невынашивания.

IX. ВТОРИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА АБОРТА

Согласно Приказу Минздрава России «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» №1130н от 20.10.2020», «...при первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач акушер-гинеколог... направляет беременную на основе информированного добровольного согласия в кабинет медико-социальной помощи женской консультации для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому консультированию». Мы считаем, что каждой беременной, обратившейся в женскую консультацию, необходима первичная консультация психолога.

5. У МЕНЯ УЖЕ ЕСТЬ ДЕТИ

- Ваш ребенок, будет счастливи иметь брата или сестру. По статистике дети, которые растут в многодетной семье более счастливые и вырастают ответственными и зрелыми людьми.
- Основываясь на полученном опыте воспитания детей, Вам будет уже гораздо проще.
- Старший ребенок – большое подспорье. Достаточно научить его чему-то, как все младшие берут с него пример и подражают ему. Так происходит коллективное обучение.
- Не всегда дети отвлекают от домашних дел, в основном они заняты играми между собой или общим делом. Братья и сестры – это самые родные люди в этом мире, самые надежные друзья в будущем.
- Дети из многодетных детей более адаптированы к жизни, бытовым условиям. Коммуникативные навыки у них также развиты намного лучше, чем у единственного ребенка в семье.
- А знаете какие льготы и выплаты Вам положены, если Ваша семья станет многодетной?
- Вам положено дополнительно срочное и ежемесячные пособие на родившегося ребенка.
- У Вас есть возможность бесплатно получить земельный участок в собственность.
- Если Вы родите 7 и более детей, то можете быть награждены орденом «Родительская слава», а при рождении 4 и более детей – медалью к данному ордену.
- Если у Вас родился 3-й ребенок, то также Вы можете получить Господдержку для погашения ипотеки.

Если у вас многодетная семья, вам положены следующие льготы на уровне региона Вашего проживания:

- скидка на оплату коммунальных услуг,
- бесплатные рецептурные лекарства для детей до 6 лет,
- бесплатный проезд на общественном транспорте для школьников,
- бесплатное школьное питание,
- приоритетное поступление детей в детские сады,
- бесплатный проезд в музеи, парки культуры, на выставки 1 раз в месяц,
- льготные кредиты на строительство жилья,
- налоговый вычет по НДФЛ на ребенка,
- уменьшение налога на жилище
- Вам необходимо встать на учет в женскую консультацию на ранних сроках беременности, и

6. У МЕНЯ ЕСТЬ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для женщин 18 – 35 лет

Беременна, ориентирована на прерывание

Вступление

Беременность – это прекрасное и естественное состояние для каждой женщины. И испытывать сомнения, страх, волнение – это нормально. У Вас 6 месяцев наступила в нужном возрасте. Сейчас Вы находитесь на пике репродуктивного здоровья. Расскажите, почему Вы боитесь и сомневаетесь? Я постараюсь Вам помочь.

Мотивация для прерывания беременности	Решена установка, направленная на преодоление мотивации прерывания беременности
1. Я только начала жить для себя / хотела бы пожить для себя	<ul style="list-style-type: none"> Нашине ребенка не означает полный отказ от собственных целей и желаний. Наоборот, Вы открыты для себя много новых интересов и увлечений, которые станут предметом Вашего внимания. Откладывая рождение ребенка сегодня, Вы можете столкнуться с трудностями его зачатия в будущем. С возрастом репродуктивный потенциал неминуемо снижается, беременность протекает тяжелее, повышается риск осложнений, как со стороны матери, так и со стороны ребенка.
2. Страх сообщить новость отцу ребенка	<ul style="list-style-type: none"> Нужна ли Вам помощь в том, чтобы сообщить эту новость отцу Вашего ребенка? Если отец Вашего ребенка сейчас не поддерживает Вас, то это может измениться в скором времени. Ребенок укрепит Ваш союз. Появятся новые цели, достижения которых, вы станете ближе друг к другу. Аборт имеет тяжелые психологические последствия для обоих партнеров и часто становится причиной распада семьи. По статистике, пары, у которых есть дети, разводятся/расходятся намного реже, чем те пары, у которых нет детей.
3. Я одна	<ul style="list-style-type: none"> Наличие ребенка не станет помехой встретить своего спутника жизни. Мужчин с серьезными намерениями не спугнет наличие ребенка. Карьеру можно успеть сделать всегда, а вот ребенка надо родить в молодом возрасте!
4. Страх не получить образования, не сделать карьеру	<ul style="list-style-type: none"> Ребенок не станет помехой в учебе или карьере, посколтрите, как много сильных и успешных женщин, которые родили ребенка рано, и это не помешало их карьере. Сейчас у Вас самый идеальный возраст, чтобы родить ребенка, без значительного ущерба для карьеры.

В условиях женской консультации

(1 этап консультации)

При первичном обращении каждой беременной предлагается пройти деперсонифицированное мотивационное анкетирование¹⁵ для выявления причин, побудивших задуматься о прерывании беременности, что в дальнейшем поможет сформировать правильный репродуктивный выбор. На основании полученных данных формируются рекомендации¹⁶, по которым психолог будет проводить работу, направленную на предупреждение кризисной беременности и для осознанного принятия решения о сохранении беременности и рождении ребенка. Консультация психолога должна производиться в самом начале «недели типичны», чтобы обеспечить женщине достаточный срок для рефлексии и принятия мотивированного решения.

Как показала практика, помощь психолога на этом этапе может не принести желаемых плодов. Анализирруя это, мы пришли к выводу, что от момента, когда женщина узнает о зачатии, проведем «домашний» тест на беременность, она остается с этой шокирующей новостью один на один. Понимаем, что беременность может разрушить привычный уклад настроенной жизни, женщина выдлит только одно решение – оставить все как было и, следовательно, избавиться от беременности.

Даже если она не совсем уверена, то при обращении в клинику и подтверждении диагноза – беременность, это решение укреплится. Поэтому мы считаем, что начать психологическую помощь нужно как можно раньше, уже с момента подтверждения маточной беременности по УЗИ. Здесь важную роль играет специалист по ультразвуковой диагностике, с речевыми модулями¹⁷ (Приложение №3). После УЗИ-исследования врач направляет женщину к акушеру-гинекологу на прием и сообщает о новости. Важно, чтобы женщина не ушла сразу после УЗИ домой, а получила полноценную консультацию специалиста с положительными эмоциональным настроем на беременность.

Во время консультации психолог решает следующие задачи:

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

2. Провести поиск конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности, выявление и анализ внешних/внутренних ресурсов.

3. Помочь задуматься, пошатнуть иррациональные установки.

4. Пробудить материнские чувства.

5. Предоставить информацию о существующих федеральных и социальных выплатах:

– пособие по беременности и родам;

– за раннюю постановку на учет до 12 недель;

– единовременное пособие при рождении ребенка;

– ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет;

– ежемесячные пособия многодетным малолетним семьям;

– пособия матери-одиночке;

– единовременная выплата беременной жене военнослужащего, проходящего службу по призыву;

– на ребенка военнослужащего по призыву;

– о центрах и организациях, где женщины могут предоставить существенную медицинскую, материальную, психологическую, духовную и иную помощь в случае ее отказа от прерывания беременности, где могут бесплатно предоставить помощь сиделки и даже условия для временного проживания.

Для более подробной информации приглашают сотрудника социальной службы и/или юриста (Приложение №3).

6. Помочь в оптимизации семейной ситуации. Желательно пригласить на консультацию отца ребенка и других значимых членов семьи (при согласии женщины).

7. Помочь при возникновении психосоматических и невротических нарушений.

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

9. Сформировать позитивные образы будущего.

При **совместном консультировании женщины с отцом ребенка** или индивидуальной консультации слутника жизни женщины консультанту необходимо обратить внимание на следующие моменты:

– осознание мужчиной своей родственной связи с ребенком;

Беременность – это прекрасное состояние для каждой женщины. И испытывать сомнения, страх, волнение – это нормально. Расскажите, почему Вы боитесь и сомневаетесь? Я постараюсь Вам помочь.

Мотивация для прерывания беременности	Речевая установка, направленная на преодоление мотивации прерывания беременности
1. Страх сообщить новость родителям	<ul style="list-style-type: none"> • Нужна ли Вам помощь в том, чтобы сообщить эту новость семье? • Очень часто родители, которые изначально были настроены негативно, становятся самыми любящими бабушками и дедушками.
2. Страх сообщить новость отцу ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Нужна ли Вам помощь в том, чтобы сообщить эту новость отцу Вашего ребенка? • Если отец Вашего ребенка сейчас не поддерживает Вас, то это может измениться в скором времени. • Ребенок укрепит Ваш союз. Появятся новые цели, достигая которых, вы станете ближе друг к другу.
3. Я одна	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие ребенка не станет помехой встретить своего слутника жизни. Мужчин с серьезными намерениями не спугнет наличие ребенка.
4. Страх сообщить новость друзьям	<ul style="list-style-type: none"> • Настоящие друзья Ваше решение поддержат.
5. Страх не получить образование, не сделать карьеру	<ul style="list-style-type: none"> • Карьеру можно успеть сделать всегда, а вот ребенка надо родить в молодом возрасте. • Ребенок не станет помехой в учебе или карьере, посмотрите, как много сильных и успешных женщин, которые родили ребенка рано, и это не помешало их карьере.
6. Собственная физическая и психологическая незрелость («я сама ребенок») / «ячем мне ребенок»	<ul style="list-style-type: none"> • Быть молодой мамой это здорово! • Дети, рожденные молодыми родителями, очень близки с ними, ведь они практически из одного поколения. • Среди успешных людей есть немало молодых родителей, гармонично распределяющих ресурсы времени и родительской заботы.
7. Я стану толстой	<ul style="list-style-type: none"> • Восстановиться после родов в молодом возрасте намного проще и быстрее, чем в старшем возрасте. Так что Вы очень быстро восстановитесь.

Информирование об аборте в его последствиях для физического и психологического здоровья женщины

Каждое прерывание беременности – это вред для Вашего здоровья и риск развития осложнений. Аборт является частой причиной бесплодия и невынашивания беременности в дальнейшем.

Журнал регистрации обращений на консультирование по репродуктивному выбору

Дата	Ф.И.О. пациентки, срок беременности	Мотивационное анкетирование проведено акушером-гинекологом (дата) ФИО врача	Консультирование 1 этапа проведено (дата) кем (указать) психологом, врачом акушером-гинекологом, социальным работником, юристом	Консультирование 1 этапа не проведено (указать причину)	Консультирование 2 этапа проведено (дата) кем (указать): психологом, врачом акушером-гинекологом, социальным работником, юристом	Консультирование 2 этапа не проведено (указать причину)	Дата и название гинекологического отделения, где проведен медицинский аборт	Дата постановки на учет по беременности (в случае, если женщина решила пролонгировать беременность)	Ф.И.О. врача
	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Журнал ведется в женских консультациях

– прожжение чувств, испытываемых мужчиной к ребенку;
– определение готовности к принятию и исполнению родительской роли (роли отца), т.е. готовность взять на себя ответственность за ребенка;

– выделение чувств, способствующих самореализации и саморазвитию личности отца.

Действия врачей и речевые модули представлены в Приложении №3.

Особенности консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности

Консультацию медицинского психолога выполняют по рекомендации врача акушера-гинеколога. Она обязательна при обращении женщины за направлением на аборт (согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» №1130н от 20.10.2020 и Ф3-323 РФ)³.

Важно сознание пациенткой собственного отношения, которое делает ее устойчивой к внешнему влиянию. Поэтому сразу после сообщения медицинского факта наличия «нежелательной» беременности для женщины должна быть обеспечена возможность попасть в кабинет к психологу, где с ней спокойно разбирают все особенности ее жизненной ситуации, предлагают помощь, рассказывают про внутритробное развитие и процедуру аборта, показывают видеofilm о проведении аборта.

Женщина расписывается в специальном бланке, что она прошла данную беседу. После этого через несколько дней она идет снова к врачу с решением либо брать направление на аборт, либо вставать на учет по беременности.

Очень важно выдерживать временной промежуток («неделю тишины»), так как это позволяет эмоциям успокоиться, за это время можно через центр кризисной беременности уже получить определенную поддержку, возможна семейная консультация, беседа с отцом ребенка – словом все, что необходимо в данной ситуации. Огромную роль в принятии женщиной окончательного решения играет авторитет врача.

Особенность консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, заключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию. В специальной психологической литературе такие женщины обозначены как

«немотивированные» клиенты, что составляет отдельную категорию «сложных» пациентов, требующих более гибких и деликатных подходов.

Задача консультанта – преодолеть естественное сопротивление «немотивированной» клиентки, сформировать у нее мотив и заинтересованность в консультации психолога, т.е. создать состояние «истинного» клиента. Эта работа начинается в кабинете врача-акушера-гинеколога.

Врачу при направлении к психологу имеет смысл сразу предупредить женщину о том, что специалист (психолог) НЕ собирается ее отговаривать от аборта и принимает решение женщины таким, какое оно есть на сегодняшний день. Он может позиционировать свою задачу, как помощь женщине в «условиях принятого решения». В этом случае обычно появляются вопросы клиента, который «все для себя решил», кроме того, что будет дальше.

В беседе появляется интрига, болевая точка как бы пройдена и контакт облегчается. Как правило, женщина только думает, что приняла решение. На самом деле, сомневается до последнего момента.

В принятии решения об аборте или рождении ребенка можно выделить условно 4 этапа¹⁸:

1. *Первая реакция женщины на новость о беременности.* Это стартовая точка ситуации, одна из самых важных. Положительная оценка – женщина, скорее, хочет родить, негативная оценка – женщина, скорее, склоняется к аборту.

Особенность этого этапа заключается в том, что консультация, как правило, разовая, единственная. Второй, а тем более третьей встречи, скорее всего, не будет, поэтому важно выиграть время.

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

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

4. *Стадия оценки решения (удовлетворение или разочарование).* Эта стадия – самая размытая во времени. Если все три первые стадии

Алгоритм действий врача и речевые модули (психолога/акушера-гинеколога/социального работника/юриста) при консультировании отца ребенка/семьи

(Дополнения к Приложению №1, №2, №3)

№	Действия	Речевые модули
	Расскажите мужчине о физиологических процессах, об изменении гормонального фона, происходящих в организме женщины во время беременности	«В организме женщины происходят удивительные преобразования... Это может проявиться в смене настроения и повышенной чувствительности»
	Покажите фильм о внутриутробном развитии плода	Комментируйте этапы развития
	Дайте в руки муляж плода того срока, на котором сейчас его женщина, расскажите что уже есть у маленького человека	«Это плод 6-недельного срока, у него уже сформированы почти все системы и органы, начинают свое функционирование, есть ножки и ручки, бьется сердце...»
	Объясните силу влияния мужчины на эмоциональное состояние женщины, подчеркните важность психологической поддержки со стороны семьи	«За беременность несут ответственность оба: и мужчина и женщина». «Женщинам очень нужна Ваша помощь и поддержка...»
	Расскажите о возможных последствиях для здоровья женщины и отношений в семье после аборта	Покажите фильм об аборте, инструменты, применяемые при операции
	Выясните, чего боится мужчина, его страхи. Развейте мифы об отцовстве, mentioning адаптироваться к факту беременности	«В жизни участвовали оба, добровольно и сознательно. От секса бывают дети, и все это знают. Свои 50% ответственности вы должны использовать в полную силу, чтобы сохранить ребенка!»

Алгоритм действий и речевые модули социального работника/юриста

№	Действия	Речевые модули
1	Внимательное приветствие, предоставление. Именно на этой стадии снимается чувство смущения, напряжение и устанавливается психологический климат	«Здравствуйте... Меня зовут... Я специалист... Представьтесь, пожалуйста... Как я могу к вам обратиться... Присаживайтесь, чувствуйте себя как дома...»
2	Сообщите о том, что предсчит консультанты по социальным/юридическим аспектам	«Нам предстоит поговорить по социальным/юридическим вопросам...»
3	Понитересуйтесь, что известно по волнующей проблеме	«Что вы знаете о льготах, пособиях, социальной поддержке государства?» «Все ли вам понятно?» «Есть ли у вас еще вопросы?»
4	Делайте остановки по мере разъяснения информации, дайте возможность озвучивать вопросы, возникающие у клиента	«Это означает... Я вижу ввиду...»
5	Не использует специальные термины, если использует – объясняет их значение	«Правильно ли я вас понял...», «Вы хотели сказать, что...»
6	Уточняйте у клиента детали	«Итак, давайте подведем итоги... Тем же образом, вы можете рассчитывать на следующие льготы, пособия и т.д. Вами данные действия следующие...»
	Резюмируйте все вышесказанное. Подведите итоги консультации. Рекомендации, памятки	

происходит в условиях дефицита времени, то последние стадии меняются во времени. Иногда переоценка решения наступает сразу, иногда через 15-20 и больше лет, иногда не наступает никогда. Женщина может обратиться в женскую консультацию на любом из этих этапов.

Оценка возможности повторной консультации Для принятия окончательного решения (2 этап консультации – *родильный дом*)

Работа с женщиной по причинам аборта должна включать несколько направлений:

- работа с причинами аборта;
- повышение степени осознанности ситуации;
- формирование позитивного образа будущего;
- пробуждение материнских чувств;
- обсуждение вопросов.

Каждая беременная уникальна, как и ее жизненная ситуация, поэтому нельзя выстроить универсальную схему беседы. В связи с этим данные блоки могут быть использованы в разной последовательности, в разных комбинациях, некоторые из них могут быть опущены.

Работа с женщинами, осуществляемая в рамках вторичной психопрофилактики абортов, должна быть персонализированной и дифференцированной, с учетом причин, побудивших сделать аборт, включать предметный анализ семейной ситуации, состояния здоровья, выявление социальных проблем.

Практика работы показывает, что бывает недостаточно I этапа консультирования при репродуктивном выборе в женских консультациях города. Для проведения 2 этапа предлагаем направлять женщин, которые не отказались от прерывания беременности на проведение экспертного УЗИ в акушерский стационар II уровня. В родильном доме другая психологическая обстановка, счастливые родители и семьи встречают новорожденных на выписке из роддома, с шармами и цветами, плакаты и картины на стенах. Все это создает благоприятную обстановку для формирования позитивного настроя женщины и пары, пришедшей на УЗИ. В данном случае медико-психологическое и социально-юридическое консультирование ведут специалисты родильного дома.

При первичном анализе ситуации прерывания нежелательной беременности данные клинко-психологического консультирования следует распределить по уровням¹⁹.

Уровень 1. Проблемы с социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы женщины и членов ее семьи в связи с возникновением беременности. Он охватывает среди прочего отношения с дальними родственниками, друзьями, соседями, знакомыми, учитывает жилищные условия и доходы семьи.

Знакомство с микросоциальным окружением беременной женщины (живущие рядом друзья, родственники и пр.) позволяет рассмотреть проблемы женщины в ситуации репродуктивного выбора с разных точек зрения, помогает узнать нюансы ее жизненного пространства. Какие соседи или дальние родственники могут создавать проблему или позволять быть включенными в обсуждение проблемы? Кого из значимых других стоит включить в обсуждение?

Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологических проблем неблагоприятными факторами внешней среды. Например, неудовлетворенность работой или ее отсутствие, низкая материальная обеспеченность, насилие в анамнезе и иные психотравмирующие ситуации.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семейных отношений, особенно отношений беременной с отцом ребенка.

Принятие женщиной решения искусственно прервать беременность анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Поэтому большое значение придается сбору семейного анамнеза. Важно изучить структуру семьи, иерархию, определить сплоченность, установить границы, исследовать коммуникации, определить, существуют ли коалиции, рассмотреть треугольник как единицу оценки семьи. Также необходимо рассмотреть стадии жизненного цикла, установить, на какой стадии супружеских отношений (благоприятной или неблагоприятной для зачатия) произошло возникновение беременности. Анализ семейной истории позволяет выявить горизонтальные и вертикальные стрессоры, определить функции симптомов в семейной системе, выяснить их «коммуникативные метафоры».

№	Действия	Речевые модули
8	В случае отказа женщины от сохранения беременности после консультирования, перед выпиской направлением акушер-гинеколог может сказать ободряющую фразу	«А вы знаете, нередко бывает, когда от меня уходит женщина с анализами и направлением на аборт, то через пару месяцев возвращается с ними же для постановки на учет» «Так что, я вас жду!»
9	Сделайте паузу и напоследок скажите еще раз позитивную фразу о беременности	
10	Важный психологический момент в работе: при выписке направлення «на аборт» или «прерывание беременности»	Гипотез: Диагноз — «Беременность маточная, малого срока» и «Анализы на руках»
11	При возникновении вопроса у женщины о диагнозе	«Мы вас на аборт не направляем, а ставим диагноз».
12	Если сроки проведения медицинского аборта прошли	Привлекайте психологов, социальных работников. Нельзя говорить: «Время упущено, ничего нельзя сделать», не отправляйте женщину в никуда и неизвестность.
13	Предоставьте информацию и наглядные пособия, которые женщина захочет с собой, с обязательным указанием контактной информации и обратной связи	«Возьмите с собой брошюру/буклет, здесь указаны наши телефоны для обратной связи. Вы всегда можете позвонить и обсудить волнующие вас вопросы».

Алгоритм действий врача и речевые модули УЗИ специалиста/акушера-гинеколога/психолога

№	Действия	Речевые модули
1	Воспримите и сообщите о беременности позитивно	«Поздравляю, вы скоро будете мамой». «Прекрасно, у вас скоро будет малыш», «Вы беременны! Это счастье для каждой женщины» ... *Не используйте фразы «ну что, будете рожать или аборт?»
2	Расскажите женщине, что уже через несколько дней после зачатия у ребенка сформируется дыхательная, нервная, пищеварительная системы, внутренние органы	«Через 18 дней начинает биться сердце» В 21 день начинает функционировать собственная система кровообращения, кровь плода не смешивается с кровью матери. В 6 недель формируются ручки, ножки, голова и уши. Малыш совершает первые движения, которые не ощущаются женщиной. В 8 недель ребенок умест осесть палцы, он чувствует боль. В 10-11 нед. малыш дышит, встает на ноги. В 11-12 нед. малыш дышит, реагирует на свет и тепло, шум. Все органы и системы сформированы. В 14 нед. ребенок закрывает и прощипывается вместе с матерью»
3	Покажите на мультяжк плод того срока беременности, который есть у женщины, дайте в руки маленькую фигурку ребенка	«Посмотрите, как сейчас выглядит ваш малыш» «У него уже есть ручки, ножки и т.д.»
4	Покажите инструменты, применяемые для проведения аборта	«Операцию проводят под наркозом, сначала инструментами расширяют шейку матки, вводят инструменты и удаляют плод по частям»
5	Продемонстрируйте фильм о развитии плода и об аборте	Комментируйте каждый этап фильма
6	Во время приема женщины (фертильного возраста) при хорошем состоянии здоровья можно говорить обобщиленные слова	«У вас все будет хорошо, если вы НЕ будете делать аборт, вы будете здоровы до глубокой старости»
7	Если у женщины (фертильного возраста) есть проблемы со здоровьем *Даже если женщина на данный момент не беременна, эта информация останется в ее памяти, и она сохранит ребенка в случае беременности	«С вашим состоянием здоровья, аборт категорически запрещен». «Аборт для вас – это большой риск, больше, чем для других»

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы.¹⁹ Этот уровень охватывает изменения и нарушения когнитивных функций беременной, связанные с этим поведенческие реакции ее и людей, входящих в ее референтную группу.

Большинство женщин, намеревающихся искусственно прервать беременность, обнаруживают *когнитивную триаду кажущийся мышления*, включающую:

- отрицательное отношение к себе (часто не имеющие под собой основания ипохондрические, дисморфоманические идеи и др.);

- негативную интерпретацию прошлого жизненного опыта;

- пессимистичный взгляд на будущее (страх, что бросит муж, что не сможет быть хорошей матерью, страх родить больного ребенка и пр.).

Выбор когнитивного подхода при работе с женщинами, намеревающимися прервать беременность, целесообразен в связи с тем, что он позволяет им не чувствовать себя пациентками, а структурированность беседы снижает уровень тревоги.

Во время беседы большое внимание следует уделять выявлению у беременной произвольных мыслей негативного и иррационального содержания. Их оценивают по двум критериям: достоверность (насколько им можно доверять) и выгода (зачем иметь подобные идеи). Обучение этих тем позволяет снизить их эмоциональную значимость, провести «декатастрофизацию», рассмотреть варианты решения проблемы и наметить благоприятные перспективы.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты.¹⁹ Эмоциональные особенности имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны. Женщины, находящиеся в ситуации репродуктивного выбора, как правило, испытывают тревогу, страх, чувство вины, нередко выявляют апатию, депрессию. При этом включаются защитные механизмы.

К невротическим механизмам защиты относят бессознательные способы регуляции эмоционального напряжения. На их включение могут указывать наличие или отсутствие астении, истерических реакций, фобий, обсессивно-компульсивного поведения. Необходимо учитывать фазы и периоды психического развития женщины, стадии формирования супружеского холона (**Семейные подсистемы*, или холоны *холон* – от греч. холос – целый, с суффиксом -он, что означает частитиу или часть) – локальные,

дифференцированные совокупности семейных ролей, которые позволяют семье избирательно выполнять определенные функции и обеспечивать ее жизнедеятельность²⁰. Супружеский холон – это муж – жена).

Помимо этого, важно учитывать, что нежеланная беременность, как правило, сопровождается тяжелыми переживаниями женщины, которые приводят к возникновению острого стрессового расстройства (*acute stress disorder*). Психологу важно определить, на какой стадии динамики острого стрессового расстройства она находится.

Принято выделять *4 стадии острого стрессового расстройства*: 1 – витальных реакций, 2 – эмоционального шока; 3 – психофизиологической иммобилизации и 4 – разрешения.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства На этом уровне определяют степень личностной зрелости; выполняют диагностику личности, уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический), связанных с переживаниями зачатия, беременности, рефлексии по поводу сохранения беременности.

Уровень 6. Биологические нарушения. Нельзя запретить женщине думать и чувствовать, запретить отвергать нежеланную беременность. Однако можно помочь понять, какие жизненно важные, значимые сферы жизни обострила эта беременность. В процессе работы важно стараться выйти на часто неосознаваемые истинные мотивы желания прервать беременность. Если этого не сделать, то проблемы останутся нерешенными, и в следующий раз женщина может оказаться снова в такой же ситуации выбора.

Психологическое консультирование в ситуации репродуктивного выбора нужно строить, учитывая медицинские показания, гинекологические и соматические заболевания, возрастные особенности женщины. Важно обращать внимание на особенности социальной ситуации женщины, ее отношения со значимыми для нее людьми, ее предшествующий репродуктивный опыт, национальность и религиозную принадлежность, особенности личности и многое другое.

Основой консультирования женщины в ситуации репродуктивного выбора должен быть медико-психосоциальный подход. Необходимо учитывать медицинский, психический и социальный аспекты. Принятие решения об исходе беременности,

6. Повторная консультация акушера-гинеколога:

Дата консультации _____

7. Результат консультирования 1 этапа:

Отказ от прерывания беременности _____
(подпись пациентки, Ф.И.О.) _____
Направление на Экспертное УЗИ 2 этапа
(подпись пациентки, Ф.И.О.) _____

8. Результат консультирования 2 этапа:

Консультация акушера-гинеколога _____
Консультация психолога _____
Экспертное УЗИ _____
Выдано фото плода _____
Консультация социального работника/куратора _____
Заключительная консультация психолога _____
Отказ от прерывания беременности _____
(подпись пациентки, Ф.И.О.) _____
Направление на аборт _____

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____
9. Информация из гинекологического отделения, куда направлена пациентка:

Проведена консультация психолога _____
Проведена процедура _____
(дата, время, название процедуры, осложнения, дата выписки, перронак) _____

10. Проведена консультация психолога

Дата консультации пациентки _____
Дата консультации мужа (отца ребенка/семьи), консультации по согласованию с пациенткой _____

Наименование организации, в которой проведена консультация психолога _____

Подпись психолога _____ Ф.И.О. _____
личной печать психолога (если имеется) _____

*Форма заполняется врачом-акушером-гинекологом и вклеивается в медицинскую документацию, фиксируется в журнале регистрации обращений.

ХVIII. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Лист консультации женщины в ситуации репродуктивного выбора

Наименование медицинской организации _____

1. Невречливый консультант акушера-гинеколога:

Срок беременности _____ дата консультации _____

Информирована об осложнениях беременности да (нет) подчеркнуть

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____

2. УЗИ плода:

Зачисление, срок беременности _____ дата _____

Визуализация плода (срднебейный плод) на экране аппарата УЗИ – да (нет)
подчеркнуть

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____

3. Консультант психолога:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с
пациенткой _____

Наименование организации, в которой проведена консультация
психолога _____ Ф.И.О. _____

Подпись психолога _____ Ф.И.О. _____
личная печать психолога _____

4. Консультант социального работника:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с
пациенткой _____

Наименование организации, в которой проведена консультация социального
работника _____ Ф.И.О. _____

Подпись социального работника _____ Ф.И.О. _____

5. Консультант юриста:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с
пациенткой _____

Наименование организации, в которой проведена консультация юриста

Подпись юриста _____ Ф.И.О. _____

ведущие мотивы аборта и рождения ребенка зависят от индивидуальных психологических особенностей, характеристик семейной системы, возраста, социального статуса беременной и от ряда других составляющих⁴.

Разобраться в причинах и мотивации женщины, прошедшей на прерывание беременности, и правильно их отработать в позитивном ключе помогут речевые модули, разработанные МЗ РФ по трем возрастным периодам: до 18 лет, 18-35 лет, более 35 лет (Приложение №5).

Всех женщин можно условно разделить на группы с преобладанием биологических, психологических и социальных причин желания сделать аборт, а также их различных сочетаний:

1. Группы с преобладанием биологических (медицинских) причин: женщины с нарушениями здоровья (своего или плода) разной степени выраженности (с тяжелыми соматическими заболеваниями, низлигиды, ВИЧ-инфицированные, с нервно-психическими расстройствами, и др.).

2. Женщины с преобладанием психологических причин: неблагоприятная семейная ситуация (женщины одинокие; надеявшиеся выйти замуж за отца ребенка; юные беременные; женщины, находившиеся в нестабильных, конфликтных отношениях с мужем; замужние женщины, забеременевшие в результате тайной любовной связи не от мужа и др.).

3. Женщины в трудной жизненной ситуации: женщины, беременность которых препятствует их учебе, работе, карьере, бизнесу; находящиеся в неудовлетворительных социально-бытовых условиях; под следствием или отбывающие срок наказания; бомж; занимающиеся проституцией; с зависимостями или беременностью в результате изнасилования и пр.

От того, к какой из этих групп принадлежит беременная, от тяжести ситуации зависит цель и направленность работы психолога. В каждой из этих групп есть свои особенности.

В консультировании участвуют не только медицинские работники, 2/3 причин прерывания беременности затрагивают социальные и юридические аспекты. Преемственность межведомственного взаимодействия способствует эффективности процесса. Коснемся особенностей социального консультирования.

Х. СОЦИАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Одно из направлений профессиональной деятельности специалиста по социальной работе или юриста – социальное консультирование.

Консультирование социальным работником – вид социальной работы, который позволяет женщине самой изучить и понять суть проблемы и в дальнейшем рассмотреть возможные варианты ее решения.

Цель социального консультирования – оказание социальной помощи женщине и ее семье в поиске альтернативных вариантов решения проблемы.

Технология социального консультирования включает в себя несколько этапов:

1. Психологическое обучение консультированию специалиста по социальной работе.
2. Приветствие, доброжелательное (безоценочное) отношение и расположение женщины (отца ребенка, ее семья).
3. Создание комфортной, спокойной обстановки для консультирования.
4. Выслушивание запроса и уточнение информации для получения дополнительных данных.
5. Совместная интерпретация проблемы и ее решения.
6. Заключение с оценкой эффективности консультирования.
7. Обмен контактами, обратная связь.

Консультирование женщин социальным работником/юристом

Работа социального работника и юриста начинается с психологической подготовки консультанта задолго до приглашения членов семьи и завершается первыми словами приветствия.

Необходимо активное участие обеих сторон. Они обсуждают принципы совместной работы, заключают договор, оформляют информированное добровольное согласие. Затем выполняют первичную диагностику семьи путем активного расспроса и получения дополнительной информации. Проводят совместное обсуждение, поиск вариантов решения проблемы. Работа завершается оценкой эффективности консультации и удовлетворенности ее участниками.

Алгоритм и речевые модули социального работника и юриста представлены в Приложении №5.

ДРЕНИЕ_МОТИВАЦИОННОГО_АНКЕТИРОВАНИЯ.pdf?1690810342 (дата обращения: 12.10.2023).

16. Информационное письмо МЗ РФ от 15.06.2023 «О внедрении методических рекомендаций по консультированию женщин, находящихся в состоянии репродуктивного выбора» - URL: <https://shenk1.ru/images/2023/Консультирование%20женщин%20в%20ситуации%20репродуктивного%20выбора.pdf> (дата обращения: 12.10.2023).

17. Информационное письмо МЗ РФ от 29.06.2023 №15-4/2503 «О внедрении речевых модулей» - URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/280/original/VNEДРЕНИЕ_РЕЧЕВЫХ_модулей.pdf?1690810342 (дата обращения: 12.10.2023).

18. Методическое письмо МЗ РФ от 17.07.2013 №15-4/10/2-4792 «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» / Информационно-правовой портал Гарант.ру - URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71637910> ; (дата обращения: 12.10.2023).

19. Кулаков С.А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. – СПб.: Речь, 2007. – 294 с. - URL: <http://medpsy.ru/library/library136.pdf> (дата обращения: 12.10.2023).

20. Мартынюк О.Б. Психология семьи: учебное пособие для вузов / Мартынюк О.Б. – М.: Издательство Юрайт, 2021. 380 с. – URL: https://studme.org/405637/psihologiya/semeynue_podsystemu_granitsy. (дата обращения: 12.10.2023).

21. Добряков И.В. Перинатальная психология / 2-е изд., перераб. и доп. / Добряков И.В. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.

22. Чижова Г.В., Дьяченко В.Г. Ранние, поздние и отдаленные последствия аборта / Здравоохранение Дальнего Востока, 2014. №1 (59). – С. 3-7. – URL: <https://www.eibragu.ru/item.asp?id=24248467> (дата обращения: 12.10.2023).

9. Акифьева Н.М. Социальные установки женщины в ситуации кризисной беременности / Зональная научная библиотека им. В.А. Артисевич СГУ. - URL: http://elibrary.sgu.ru/VKR/2017/39-03-02_016.pdf (дата обращения: 12.10.2023).

10. Сучрун О.Д., Джасим М.Р. Доябортное консультирование как направление психосоциальной работы с семьей / СЕМЬЯ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ: КРИЗИС ИЛИ ЭВОЛЮЦИЯ. Материалы Международной научно-практической конференции / Отв. ред. И.В. Черемисова. – Волгоград: Издательство Волгоградский государственный университет, 2018. – С. 138-143. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36860174> (дата обращения: 12.10.2023).

11. Есипова Н.Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов / Есипова Н.Д. – М.: «Простект», 2009. – 72 с.

12. Паспорт экзаменационной станции «Сбора жалоб и анамнеза» при прохождении первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения / Методический центр аккредитации специалистов/ - URL: https://fmzga.ru/upload/medialibrary/b45/razroft_sbor_zhalob-i-anamneza_ra_tsebnnoe-delo_rediatiya_11.02.2023.pdf (дата обращения: 12.10.2023).

13. Мельгунова М.С. Стружкура доабортного психологического консультирования женщин / Международный научный журнал «Вестник науки». – 2023. №4 (61) Т. 5. – С. 345-348. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=52656868> (дата обращения: 12.10.2023).

14. Ковалева М.И. Особенности психологического консультирования женщин, желающих прервать нежелательную беременность / Молодой ученый. – 2019, №33 (271). – С. 107-109. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39245772> (дата обращения: 12.10.2023).

15. Информационное письмо МЗ РФ от 30.06.2023 №15-4/11/2/9454 «О внедрении анкетирования женщин, обратившихся за медицинской услугой по искусственному прерыванию, беременности» URL: <https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/277/original/VNE>

Более подробно познакомиться с консультированием по социально-психологическим и юридическим вопросам можно в методическом пособии «Алгоритмы психологического и юридического консультирования в ситуациях репродуктивного выбора». – М.М. Илкович и соавт., 2022.

XI. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Шаг первый – в каждой женской консультации осуществляют мотивационное консультирование, диагностику, анализ причин и мотивов решения об аборте (мотивы из речевых модулей). Важно говорить о самой женщине, о ее чувствах, без осуждения и с пониманием ситуации. Применяют речевые модули в зависимости от возраста (см. Приложение №6).

Шаг второй – обратная связь акушера-гинеколога женской консультации, мотивирование на получение помощи, разработка стратегий поведения. Нужно обязательно подробно рассказать какую именно, у кого и где женщина может получить помощь по своим проблемам и какие изменения возможны после этих действий.

При выявлении психологических (внутренних) причин – направление (личное сопровождение) к психологу. При обнаружении внешних причин (социально-экономических) необходимо лично проводить женщину к социальному работнику и/или юристу (озвучить возможности получения финансовой и вещевой помощи, пособий, выплат и государственной поддержки).

Шаг третий – информирование о правах, которые женщина получает при рождении ребенка, о последствиях аборта, о внутриаутробном развитии ребенка и поддержке в течение беременности акушером-гинекологом, психологом, при необходимости социальным работником и юристом, возможность проведения телефонной консультации в колл-центре.

Шаг четвертый – психологическое консультирование в условиях женской консультации в кабинете психолога, оснащенного по требованиям (Приложение №7). Организуется корректирующая работа с чувствами самой женщины, снятие болезненного эмоционального состояния, разбор травматичного опыта предыдущих беременностей и родов, сложных детско-родительских отношений,

проработка инструментов и поведения при оказании давления, анализ страхов, повышение уровня родительской компетентности и пр. Используют различные психологические практики и техники, имеющиеся в арсенале специалиста.

Важно понимать, что при проведении консультирования психолог не уговаривает женщину отказаться от аборта, он помогает «расшатать» ее убеждение в необходимости аборта, как единственно верного решения, снимает эмоциональное напряжение и, тем самым, помогает увидеть выбор и еще раз все взвесить, уже имея все возможности решения актуальных проблем.

3 этап консультирования (гинекологический стационар)

В случае поступления беременной в стационар (дневной или круглосуточный) для проведения манипуляции по прерыванию беременности (обращение из других территорий, не прошедшие консультирование, отказавшиеся от сохранения беременности на I и 2-ом этапе и т.д.) также проводят консультацию психолога с определением причин и мотивов для возможного пролонгирования беременности. Возможно, слова поддержки психолога и акушера-гинеколога, сказанные в этот момент, будут самыми важными и решающими в сохранении новой жизни.

Нужно помнить о медицинских аспектах и возможных противопоказаниях для пролонгирования беременности. Каждый случай и каждая беременная рассматривается в индивидуальном порядке с персонализированным подходом к репродуктивному выбору.

XII. КОМАНДНАЯ РАБОТА И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Психологическое консультирование в ситуации репродуктивного выбора – очень важная работа, которая спасает и меняет жизни не только рожденного ребенка и самой женщины, но и всех близких членов семьи, оберегает от последствий и осложнений в здоровье и жизни.

Работу с женщинами, отказавшимися от производства аборта после работы с психологом, продолжают другие специалисты.

XVI. ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ В.В. Путина от 09.10.2007 №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года» / Нормативно правовые акты РФ: законодательство, судебная практика. – URL: <https://base.garant.ru/74840123/> (дата обращения: 12.10.2023).
2. Психопрофилактика абортов: методические рекомендации / Под ред. А.Н. Алексина, И.В. Добракова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2021. – 24 с.
3. Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология” / Информационно-правовой портал Гарант.ру - URL: <https://base.garant.ru/74840123/> (дата обращения: 12.10.2023).
4. Куценко О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов. / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. – СПб: 2 периздание, 2011. – 375 с.: с илл.
5. Методические рекомендации МЗ РТ по оформлению кабинета психологического консультирования женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора от 17.07.23, №09-01/9683. - URL: https://minzdrav.tatarstan.ru/file/minzdrav/File/17.07.2023_09_01_9683_Fatixov%20I.R._Shavaliyev%20R.F.pdf (дата обращения: 12.10.2023).
6. Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности: методические рекомендации / Сост. С.А. Безрукова. – Пенза: КотОМ, 2017. – 88 с.
7. Ткаленко У.А., Душкина Н.А. Методическое пособие для специалистов социального обслуживания населения по консультированию женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора. – Барнаул, 2020. – 25 с. - URL : https://womenkzizis.ru/upload/iblock/d92/Konsultirovanie-zhenshchin_lakhodyashchikhsya-v-situatsii-reproduktivnogo-vybora.pdf (дата обращения: 12.10.2023).
8. Аранович И.Ю. Социально-психологические аспекты оказания помощи беременным женщинам в условиях женской консультации // Медицинские интернет-конференции. URL: <https://medconf.com/node/14375> (дата обращения: 12.10.2023).

В данном учебном пособии мы предлагаем более развернутую схему проведения консультирования женщин в любых ситуациях репродуктивного выбора, которая дополняет основные нормативные документы МЗ РФ. Мы надеемся на эффективность работы данной системы в целях снижения числа аборт и увеличения рождаемости в стране.

ХУ. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое консультирование в ситуации репродуктивного выбора?
2. Назовите основные требования к оформлению кабинета психологического консультирования.
3. Сформулируйте определение кризисной беременности.
4. Назовите общие правила консультирования пациентов.
5. Перечислите общий алгоритм и речевые модули консультирования.
6. Назовите принципы психологического консультирования в ситуации репродуктивного выбора.
7. Какова структура консультирования в ситуации репродуктивного выбора?
8. Что такое первичная психопрофилактика аборта?
9. Что такое вторичная психопрофилактика аборта?
10. В чем особенности консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности?
11. Как оцениваются возможности повторной консультации для принятия окончательного решения?
12. Сформулируйте определение социального консультирования.
13. Каков алгоритм действий при консультировании в ситуации репродуктивного выбора?
14. Что характерно для командной работы и междисциплинарного взаимодействия?
15. Раскройте сущность третичной психопрофилактики аборта.

Иногда необходимо участие врачей смежных специальностей: терапевта, кардиолога, уролога, хирурга, эндокринолога и т.д.

Женщины, принявшие решение о вынашивании беременности получают медико-психологическое сопровождение в течение всей беременности, теоретические знания о правильном уходе, питании, здоровье новорожденного. Отрабатывают навыки ухода с помощью муляжей новорожденного и средств ухода. Осваивают курсы гимнастических упражнений для будущих матерей, технику релаксационного дыхания в родах. Посещают занятия в «Школах беременных» в женских консультациях, которые проводят привлеченные медицинские специалисты: врач-гинеколог, акушер, педиатр, медицинская сестра. Желательно привлекать и будущих отцов к занятиям в Школах.

Задача команд специалистов – не только сохранение беременности, которая на первоначальном этапе была нежеланной, но и создание в семье благоприятной психологической обстановки, гарантирующей в дальнейшем полноценное воспитание ребенка. Для этой цели могут быть организованы индивидуальные занятия с женщинами и семьями совместно с психологами.

Планируемый результат психологической работы с беременной, решившей прервать беременность, – принятие ею осознанного, неимпульсивного решения. В случае, если женщина изменит свое решение и предпочтет аборт, рождение ребенка, работа психолога с ней строится согласно целям и методам работы с будущей мамой и продолжается в виде медико-психологического сопровождения беременности, родов и в послеродовой период.¹⁴

ХIII. ТРЕТИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА АБОРТА

Третичная психопрофилактика показана, как женщинам, сохранившим беременность и родившим младенцев, так и женщинам, прервавшим беременность по различным причинам (в т.ч. медицинским).

Цель третичной психопрофилактики – предупреждение желаний прервать будущую возможную беременность.

Третичная психопрофилактика при решении сохранить беременность

Важно понимать, что убедить женщину сохранить беременность — это не единственная задача психолога, консультанта. Основная и самая сложная работа начинается как раз после того, как она приняла решение в пользу вынашивания. Нередко в его основе лежат неконструктивные мотивы рождения. При этом между матерью и ребенком не формируется безопасная привязанность, двудные отношения будут нарушены. И если ребенок был «нежеланный», «не ко времени», в дальнейшем это будет сказываться на отношении к нему родителей. Он будет чувствовать себя «не оправдавшим надежды», «нелюбимым».

Нежеланные дети в дальнейшей жизни будут доказывать свою значимость и любыми средствами пытаться завоевать любовь родителей. Есть исследование, доказывающие прямую связь между нежеланной беременностью и делинквентным поведением уже выросших детей (*Делинквентное поведение — антиобщественное противоправное поведение человека, воплощённое в его поступках (действиях или бездействиях), наносящих вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом).

В процессе консультации женщины в ситуации репродуктивного выбора необходимо заниматься профилактикой этого, повернуть ее «лицом к ребенку», способствовать принятию его. Необходимо продолжать эту работу и после рождения. Хорошо подготовленный грамотный психолог может это грамотно сделать.

Третичная психопрофилактика после искусственного прерывания беременности

Данный вид третичной психопрофилактики крайне важен и сводится к предупреждению развития постабортного синдрома и своевременной эффективной помощи при его появлении. К сожалению, данное направление практически не разработано и редко входит в программы постабортной реабилитации. Здесь важно отметить, что эта проблема выявляется не только после аборта нежеланной беременности, но и у женщин, перенесших самопроизвольное прерывание (выкидыш), индуцированное прерывание (перывающуюся беременность), а также после антенатальной гибели плода в сроках более 22 недель беременности и даже после ранней неонатальной детской смертности в стационаре.

Только согласившись со своей ответственностью и приняв свои чувства, у женщины появляются сила и достоинство. Признание правды делает человека сильнее и дает возможность перейти в новое качество жизни. Это поможет женщине оплакать утраченное дитя. Очень важно завершить отношения с потерянными детьми, принять их судьбу, а главное — каждому ребенку дать место в своем сердце. И конечно, нужно постараться простить других. Это тоже трудно, но необходимо для того, чтобы завершить потерю и избавиться от давно подавляемой ярости.

Для партнеров очень важно понимать, что после аборта их отношения уже не будут прежними. Их отдаляют друг от друга разочарование, обида и потеря доверия в паре. Для мужчины важно дать женщине возможность погоревать. Уважение к этому процессу объединяет пару и дает силу обоим. На каждом этапе жизненно важны сострадание, поддержка и понимание со стороны одного или нескольких людей, находящихся рядом с женщиной. Самый важный аспект в коррекции как постабортного синдрома, так и в случае перинатальных потерь — своевременно обратиться за помощью к профессиональному психологу.

Не надо забывать и о реабилитации, которая порой просто игнорируется. К сожалению, связанные с абортом осложнения могут явиться причиной бесплодия и невынашивания в будущем. Здесь важен процесс восстановления как после родов, так и после аборта, с соблюдением интергравидарного промежутка и проведением комплексной прегравидарной подготовки.

XIV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе назрела острая необходимость в качественном профессиональном уровне организации помощи беременным и их семьям и выстраивании системной поддержки для будущих мам, особенно находящихся в трудной жизненной ситуации, связанной с репродуктивным выбором. Акушер-гинеколог, психолог, социальный работник и юрист в процессе консультирования должны дать уверенность женщине, что и в дальнейшем она не останется один на один с возникающими проблемами, что ей и ее ребенку будет предоставлена любая возможная помощь: медицинская, психологическая, юридическая и социальная.

последствия сожалеют, что была искусственно прервана беременность и их ребенок не появился на свет, чувствуют себя виноватыми.

К сожалению, большинство женщин не обращаются к психологу после прерванной беременности. Это связано, в первую очередь, с отрицанием переживаний как таковых. Сама незапланированная беременность создает психотравмирующую ситуацию, приводит женщину в стрессовое состояние, от которого она хочет закрыться, забыть и не вспоминать свою боль.

Кроме того, зачастую женщины не осознают серьезность возможных проблем. Очень многие, страдающие от последствий абортов, сожалеют, что не имели достоверной информации. Хроническое подспудное переживание вины может привести к невротическим расстройствам, аутоагрессии, проявляющейся в том числе и в психосоматических заболеваниях.

Каждая пациентка уникальна, и каждая история по-своему сложна и трагична. Очень тяжело приходится семье, когда появление ребенка связано с перенесением на него своих нерешенных проблем. Например, в ситуации, когда женщина пытается с помощью планирования последующих беременностей справиться со своим чувством вины и горем утраты вследствие предыдущего аборта.

Женщина, имеющая в анамнезе аборты, выйдя замуж, часто либо боится беременности, либо принимает решение родить столько детей, сколько сделала абортов, и вынашивать и рожать их в муках, наказывая себя. Такая установка мешает нормальному течению беременности и родов, построению адекватных детско-родительских отношений. Только проработав свою боль, отпустив нерожденных детей, оплакав их, женщина может стать матерью живущих, жить настоящим.

В ситуации развития постабортного синдрома психолог может помочь женщине признать случившееся. В случае переживания аборта первая и самая сильная психологическая защита — это отрицание, уход от проблемы, что может спровоцировать желание использовать алкоголь или лекарства для забвения, бежать в чрезвычайную активность, замещать травму, в том числе и с помощью следующей беременности, переносить свое чувство вины на других, обвиняя и злясь. При этом любая попытка оправдать аборт обстоятельствами или сгладить боль, только усиливает тяжелые последствия для женщины.

Надо пояснить разницу понятий аборт и перинатальные потери²¹.

Аборт (от лат. *abortus* — «выкидыш») — искусственный аборт (медицинский аборт) — прерывание беременности до 22 недель беременности.

Выкидыш (самопроизвольный аборт) — самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности.

Керштингалыным потерям (*утратам*) относятся ситуации, при которых происходит гибель плода во время беременности, включая неудачу при экстракорпоральном оплодотворении, внематочную беременность; самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках (так называемый «выкидыш»); гибель плода во время беременности после 22 недель; гибель одного из близнецов при многоплодной беременности, а также смерть младенца после родов.

Таким образом, термин «постабортный синдром» не отражает в полной мере всей сути проблемы. Более объемлющего термина, включающего все перечисленные состояния пока не предложено. Таким образом, комплексная медико-психологическая работа и сопровождение психолога после репродуктивных неудач и потерь — определяющее звено формирования позитивных установок на следующую беременность.

О том, что в жизни женщины произошла подобная трагедия, большинство окружающих лиц могут даже не догадываться. Внешнее спокойствие и благополучие могут быть маской, скрывающей тяжелые страдания. Постабортный синдром могут испытывать не только женщины, решившиеся на такой шаг, но также мужчины и даже врачи, причастные к этому. Самый главный признак существования проблемы — постоянное преследование случившегося в памяти человека.

Термин «постабортный синдром» включает в себя сочетание признаков психологических проблем, психических и психосоматических нарушений, которые проявляются вследствие прерывания беременности на любом сроке, при этом их появление может возникнуть как сразу после произошедшего, так и спустя несколько лет.

Постабортный синдром имеет длительное течение, нередко рецидивирующее. Выделяют **четыре основных компонента постабортного синдрома**²²:

- восприятие ситуации аборта как травмы, находящейся за пределами обычных человеческих переживаний;
- наличие повторного переживания ситуации аборта в воображении в виде неконтролируемых негативных эмоций, особенно в годовщину аборта;
- неудачные попытки избегания или отрицания воспоминаний об аборте и эмоциональная боль при этом;
- психологические проблемы и психические симптомы, не имевшие места ранее, но возникшие после аборта.

Во время беременности организм женщины меняется, происходят гормональные перестройки, формируется эмоциональная диадическая (двусторонняя) связь с плодом. Прерывание этого процесса - стресс для организма, переживающего угрозу здоровью и жизни. Кроме того, вне зависимости от причин, по которым был сделан аборт, в результате сознательно или бессознательно переживается чувство утраты. Есть выражение: «Когда умирает родитель, ты теряешь свое прошлое. Когда умирает ребенок, ты теряешь свое будущее». В ситуации аборта утрата не только физическая, но и символическая - это утрата объекта привязанности, статуса родителя, будущего, части себя, зачастую - смысла и самоуважения.

К основным симптомам постабортного синдрома относят чувство вины, страх расплат, а иногда и желание наказания; депрессивно-тревожные состояния, выражающиеся в том числе соматически в виде различных диссомний (нарушение сна) и нарушений питания, цефалгий, вегетативных дисфункций. Нередко возникает репереживание аборта, представляющее собой воспроизведение и повторное переживание травмы в виде повторяющихся и навязчивых мыслей или кошмарных сновидений об аборте или нерожденном ребенке, флешбэков, в которых за секунды заново переживается ситуация аборта²¹.

В ситуации развития постабортного синдрома женщина бессознательно отгораживается от всего, что напоминает ей о боли утраты нерожденного ребенка. Чувство вины, бессознательное желание вернуть утраченное, страх возможной новой потери могут спровоцировать либо холодность, отчужденность по отношению к имеющимся детям, либо тревожную гиперопеку, при которой заботливость матери настолько ненасытна, что граничит с агрессивностью.

Даже у детей, родившихся после проведенного ранее аборта или перинатальной потери, может появиться синдром «выжившего», если он узнает о том, что мама убила его брата или сестру. При этом ребенок переносит это на себя, он думает, что живет только потому, что его желали (желанные дети), в другом случае - от него бы избавились. Они чувствуют себя виновными и спрашивают у себя: не живут ли они только потому, что другие умерли вместо них. Отношения таких детей и родителей непостоянны и неопределенны. Появляются страх за свое существование, чувство вины и своей неполноценности, недоверие к матери и замкнутость. Поскольку таким детям трудно доверять своим родителям, они не могут доверять и себе. В будущем их пугают родительские обязанности.

Переживания, связанные с ситуацией потери беременности, присутствуют всегда, а вот степень выраженности их и время появления могут быть разными. Это связано с множеством причин, индивидуально значимых для каждой женщины.

Считается, что к **факторам риска постабортного синдрома** относят противоречивые материнские чувства, например, в ситуации желанной беременности, но возникших при этом обстоятельств, вследствие которых женщина решается на аборт (выявленные пороки развития плода, нежелание партнера или других близких людей сейчас иметь ребенка, незаконченная учеба, перспективы на работе и т.п.). При этом, чем больший срок беременности, тем труднее принимается решение об аборте и тем более выражены негативные последствия как физического, так и психологического плана².

Факторами риска постабортного синдрома считают психологические особенности женщины: склонность к самобичеванию, низкая самооценка, дезадаптивные механизмы психологической защиты, травмирующие ситуации и переживания в прошлом. Крайне значимо также отсутствие поддержки на этапе принятия репродуктивного выбора¹⁸.

Для мужчин глубина переживаний аборта также связана с различными обстоятельствами, в первую очередь - со значимостью родительства как такового, семьи и супружеских отношений, представлений о себе как отца ребенка. В быту существует мнение, что мужчины более черствые, менее эмоциональные, но это не совсем так. Выражать свои чувства мужчине сложнее, так как существует мнение общества: «настоящие мужчины не плачут...». Однако статистика говорит о том, что более двух третей мужчин