



Аист  
на крыше  
общественный проект

*Будылина Мария Михайловна*

# КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Методические рекомендации

# Содержание

<b>Глава 1</b>	<b>3</b>
Ситуация репродуктивного выбора. Аборт и кризисная беременность. Что такое аборт для женщины, пары и семейной системы. Цели и задачи психолога. Базовые принципы работы с ситуацией репродуктивного выбора	
<b>Глава 2</b>	<b>8</b>
Основные трудности в работе психолога с ситуацией репродуктивного выбора. Мотивы сохранения беременности. Мотивы прерывания беременности. Различные виды сомнений в ситуации кризисной беременности, ключи к консультативной беседе	
<b>Глава 3</b>	<b>15</b>
Стратегии психологического консультирования. Работа психолога с темой принятия решения. Работа психолога с эмоциями женщины	
<b>Глава 4</b>	<b>22</b>
Негативная реакция семьи женщины на незапланированную беременность. Рекомендации по выстраиванию диалога женщины с семьёй. Консультация пары в ситуации репродуктивного выбора	
<b>Глава 5</b>	<b>26</b>
Медицинский аспект аборта. Виды аборт. Противопоказания. Возможные осложнения	
<b>Глава 6</b>	<b>29</b>
Постабортный синдром. Постабортный синдром как частный случай ПТСР. Определение ПТСР. Как проявляет себя ПТСР после аборта, как он меняет траекторию жизни женщины. Основы психологического консультирования при постабортном синдроме	
<b>Глава 7</b>	<b>34</b>
Риски профессионального выгорания у психологов, работающих с ситуацией репродуктивного выбора. Психолог как звено цепи в системе поддержки женщины в ситуации репродуктивного выбора. Центры помощи женщинам в ситуации кризисной беременности	
<b>Полезные контакты</b>	<b>36</b>
Помощь женщинам в ситуации кризисной беременности	
<b>Полезная литература</b>	<b>38</b>
<b>Библиография</b>	<b>38</b>



## Приложение.

Анкета для женщины в ситуации репродуктивного выбора:  
[www.proaist.ru/anketa/](http://www.proaist.ru/anketa/)

# Глава 1

## Ситуация репродуктивного выбора. Аборт и кризисная беременность. Что такое аборт для женщины, пары и семейной системы. Цели и задачи психолога. Базовые принципы работы с ситуацией репродуктивного выбора

Аборт — тема, которая располагается в проблемном поле этики, морали, демографии, религии и психологии. Но тема аборта разворачивается не в кабинетных рассуждениях теоретиков, а в ежедневной реальности тысяч и тысяч женщин. И реальность эта весьма травматическая — для душевного состояния женщины, её тела и её семьи, настоящей и будущей. Только в России ещё 11 лет назад совершалось более миллиона абортов в год. Сейчас, по данным Росстата, эта цифра существенно меньше — в «Статистическом сборнике» Минздрава за 2018 год значит, что в 2018 году в России проведено 567 183 аборта [1]. На полмиллиона сократилось число абортов с 2009 года. Это произошло во многом благодаря тому, что в женских консультациях и роддомах разворачивается работа по психологическому консультированию женщины в ситуации репродуктивного выбора.

Важно подчеркнуть, почему мы говорим о консультировании «в ситуации репродуктивного выбора», а не о «доабортном консультировании». Доабортное консультирование предполагает, что женщина уже сделала свой выбор в отношении текущей беременности и перешла к подготовке к процедуре аборта. В Европе и США консультации психолога на данном этапе предполагают облегчение душевных страданий и тревоги у женщины перед процедурой аборта, специалисты стараются помочь женщине справиться с чувством вины и тревоги перед абортом [2]. Выбор женщины не обсуждается, а только фиксируется, её истинные мотивы и желания остаются закрытыми не только для консультанта, но зачастую и для неё самой. Если же мы говорим о консультировании «в ситуации репродуктивного выбора», то мы возвращаемся с женщиной к ситуации выбора, делаем эту ситуацию максимально осознанной и помогаем женщине справиться с этим выбором. Мы включаемся в работу с женщиной, чтобы помочь сохранить не

только её ситуативное душевное равновесие, а более базовое, длительное равновесие, сохранить её материнскую сферу, семейные отношения и истинные личные интересы настолько, насколько это представляется возможным.

В России до сих пор виден советский след культуры абортов — в 60–80 гг. XX века не считалось проблемой использовать аборт как средство контрацепции, у среднестатистической советской женщины за жизнь было по 3–12 абортов. Ни врачи, ни иные специалисты не считали это проблемой и даже вопросом, достойным обсуждения. Нередко аборт совершался по абсолютно бытовым поводам: чтобы поехать на море без тошноты, надеть по случаю нужное платье и т. д. и т. п. Часто именно этот след в культуре провоцирует самый ходовой вопрос гинеколога в женской консультации при получении информации о беременности: «Оставляйте будете?» Мы рассматриваем этот культурный след и подобное влияние врачей как некоторое давление на решение женщины. Даже если она не сомневалась в том, что ей нужна эта беременность, такое обесценивание её материнства может заронить в ней сомнения в том, что жизнь её ребёнка важна. Если же у женщины ситуация незапланированной и кризисной беременности — она может утонуть в тревоге и сомнениях о будущем, таким образом, аборт будет казаться самым лёгким способом устранить её душевный дискомфорт. Однако аборт никогда не работал и не работает средством решения проблем, зачастую он может создать только новые проблемы.

Например, статистика США за последние десятилетия говорит, что 45% от общего числа беременностей являются незапланированными [3]. И большая часть незапланированных беременностей переходит в разряд кризисных:

**Кризисная беременность** — это беременность, которая объективно (сопровождается выраженным сомати-

ческим, социально-бытовым и иным неблагополучием) или субъективно (по тем или иным причинам не принимается женщиной) тяжело переносится женщиной, в связи с чем протекает под угрозой искусственного прерывания.

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

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

Угроза прерывания может быть выражена в разной степени. Но ясно одно: половина женщин в женской консультации, подтвердивших у врача-гинеколога свою беременность, находятся в состоянии кризисной беременности в той или иной форме.

Почему мы считаем, что женщине в ситуации кризисной беременности необходима поддержка специалиста, чтобы принять решение о сохранении или прерывании беременности?

**Женщина находится в состоянии повышенного эмоционального напряжения.** Часто уровень тревоги повышается настолько, что мы можем говорить о «**тоннельном сознании**» [4], то есть таком психофизиологическом состоянии, когда человек не видит никаких альтернатив выхода из сложившейся ситуации и готов на любые меры, чтобы её прекратить. То есть аборт в данном случае может быть некой фантомной целью (чтобы прекратить страдания принятия решения), достигнув которую,

женщина нередко сталкивается с тем, что её душевное равновесие не восстановилось, потому что корень проблемы лежал не в беременности, а в другой плоскости её жизни. Выйти из тоннельного сознания, расширить диапазон восприятия ситуации и держать в фокусе несколько альтернатив развития событий может помочь психолог-консультант.

Нередко женщина принимает решение об аборте, потому что на неё **оказали давление**. Давление может быть оказано со стороны отца ребёнка, родителей женщины, со стороны социальных стереотипов, окружения, со стороны врача или по религиозным соображениям. Во многих случаях противостоять давлению без поддержки специалиста женщина не в силах.

**Проблема прогнозирования.** Часто женщина наедине с собой не может адекватно оценить риски прерывания беременности или построить адекватную картину будущего материнства, потому что она исходит из ситуативных данных и своего ситуативного физиологического состояния. Например, переживает токсикоз на 8-й неделе беременности и хочет остановить это состояние, не учитывая, что уже через 3 недели оно само пройдёт и вся ситуация будет ею же самой переоценена. В иных случаях женщина делает прогноз текущей беременности, исходя из опыта предыдущей беременности, что тоже не даёт ей адекватную картину событий — каждая беременность протекает по-разному даже у одной и той же женщины. Ещё одним аспектом сложности прогнозирования является ситуация первой беременности у женщины, которая вовсе не имеет опыта материнства и может рисовать себе самые разные, далёкие от реальности картины. Вопрос прогнозирования актуален в обе стороны: если женщина принимает решение сохранить беременность, мы должны быть уверены, что она представляет объём усилий, который она вложит в жизнь ребёнка со своей, материнской стороны.

Аборт как **симптом**. Нередко выявляется связь между готовностью женщины совершить аборт и её нахождением в абьюзивных отношениях. Аборт — это отказ от части себя (физически и психологически). Если женщина готова на такое развитие событий — есть вероятность, что в текущей жизни она часто отказывается от своих

потребностей и желаний в угоду чему-то или кому-то. Если ситуация аборта останется без внимания, то ситуация возможных **абыюзивных отношений** тоже останется без внимания, и меры не будут приняты. Часто за одним абортом следует новая незапланированная беременность — как симптом нерешённых проблем в паре и нереализованных потребностей женщины. Незапланированная беременность — это точка переоценки ценностей, порой необходимая, чтобы женщина внесла в свою жизнь изменения, оберегающие её от абыюзивных отношений, это время выбрать себя, свою сохранность и целостность.

### **Психологические риски аборта для женщины:**

- Аборт как психологическая травма, которая даёт о себе знать в течение всей жизни. Риск постабортного синдрома.
- Аборт как ситуация утраты беременности (сравнимая с выкидышем). Потеря, утрата (иногда неосознаваемая) — необходимость горевания, риск депрессивных состояний. Женщина зачастую принимает решение об аборте, исходя из ситуации наличия ребёнка в своей утробе — она не всегда может прогнозировать своё мироощущение в минуты, когда она окажется без ребёнка, ощущать которого она уже привыкла за 2–3 недели текущей беременности. Женщина планирует вернуться в добеременное состояние, но само наличие беременности даже в прошлом уже закрывает ей эту возможность. Физические ощущения женщины и душевное самоощущение не вернутся к добеременному состоянию, вне зависимости от того, сохранит она ребёнка или прервёт беременность.
- Незапланированная беременность как ситуация потери контроля и аборт как попытка вернуть контроль над своей жизнью. Так как беременность уже имела место — контроль над ситуацией не будет восстановлен. Психика так и останется в ощущении постоянного риска потери контроля над ситуацией — память о потере контроля никуда не денется.
- Аборт как блокировка материнской сферы. Женщина выбрала не быть матерью — заплатила за это большую цену и часто остаётся в этом выборе, делая упор

в своей жизни на другие сферы развития. Потенциально осложняется психологически гармоничный вход женщины в материнство тогда, когда он может быть ей необходим.

- Аборт как разрыв значимых связей. Если аборт был совершён под давлением супруга или родственников, зачастую женщина, сделавшая ради «сохранения» отношений прерывание беременности, потом не имеет мотивации находиться в таких отношениях.
- Аборт как ощущение собственной несостоятельности перед вызовами жизни. Падение самооценки.
- Аборт как блокировка своей сексуальности. Сексуальность привела к нежелательной ситуации аборта, далее женщина искореняет в себе то, что может снова способствовать риску повтора этой нежелательной ситуации.

### **Психологические риски аборта для семейной системы:**

- Изменение отношений с партнёром. Дистанцирование со стороны женщины, конфликты. Бессознательное обвинение партнёра в том, что он допустил такую ситуацию («Решай сама») или явно настаивал на аборте.
- Изменение отношений с партнёром. Дистанцирование со стороны супруга, конфликты. Бессознательное обвинение женщины в том, что она уничтожила наследника партнёра внутри себя. Выбор смерти для общего ребёнка мужчина бессознательно может воспринимать как ненависть женщины к нему самому.
- Снижение сексуального интереса со стороны женщины.
- Вход пары в зону турбулентности, где прежние договорённости и бессознательные основания партнёрства обнуляются и необходим поиск новых оснований для продолжения партнёрства.
- Изменение отношения женщины к уже имеющимся или будущим детям. Возникает со стороны женщины либо гиперопека, как желание сохранить во что бы то ни стало имеющихся детей от смерти, либо, напротив, агрессия на то, что эти дети живы, а абортированный ребёнок не жив.

Незапланированная беременность резко вторгается в реальность парных отношений, нарушая их обыденное течение и гомеостаз. Очень часто первой реакцией одного или сразу обоих партнёров (или других членов семьи) является желание как можно быстрее вернуться обратно, в ситуацию, когда никакой беременности нет. Проблема в том, что в прошлое не вернуться. Этот запрос нереалистичен по своей природе. Женщина уже беременна, она уже находится в материнстве и пробует материнскую роль, она уже оценивает своего партнёра как отца ребёнка, оценивает уровень эмоциональной, материальной и умственной состоятельности себя и своего партнёра. От этой ревизии отношений аборт не спасёт. Оценка и переоценка отношений — порой процесс болезненный, чреватый конфликтами, взаимными психологическими провокациями, проверками, разочарованиями с возможностью выхода на новый уровень взаимодействия и принятием на себя новых ролей.

## Цели и задачи психолога в работе с ситуацией репродуктивного выбора

В работе с ситуацией репродуктивного выбора можно наметить три основные **цели**, ранжированные по степени приоритетности:

1. Сохранение текущей беременности.
2. Снижение деструктивных последствий аборта для семьи, если сохранение беременности не было возможным.
3. Профилактика последующих аборт.

Базовой целью выбирается сохранение текущей беременности, однако не стоит понимать следование этой цели топорно. Речь не идёт о том, чтобы консультант заставлял, уговаривал, доказывал что-то женщине, пришедшей на консультацию. Базовая цель — базовое убеждение в ценности человеческой жизни. Отношение к жизни ребёнка как к ценности подвигает консультанта обращать женщину к её внутреннему миру, тратить время на анализ её истинных ценностей, мотивов, страхов, сомнений, текущих обстоятельств и прошлого опыта. Если по какой-то из причин женщина не в силах сохранить текущую беременность — большой ошибкой консультанта будет прервать контакт с этой женщиной, как не достиг-

ший цели, потому что целей у нас несколько. Улучшить жизнь этой женщины (её жизнь — такая же ценность, как и ценность ребёнка). Ещё одна из базовых целей консультации или серии консультаций, помочь женщине пережить постабортный синдром, помочь полностью осознать причины и последствия сделанного выбора, эмпатически воспринять эмоции женщины, заполняющие её до аборта и после, — это профилактика дальнейших аборт с её стороны, а также формирование её ресурса на гармоничное материнство.

## Полноценная консультация женщины в ситуации репродуктивного выбора несёт в себе ряд задач:

**Превращение «неистинного клиента» психолога в «истинного».** В настоящее время в России женщина не может прервать беременность без прохождения консультации психолога: таким образом, её присутствие на первой встрече с психологом в женской консультации или роддоме является вынужденным. Получается, что врач и психолог как будто препятствуют женщине ускорить воплощение её желания (совершить аборт), поэтому часто на первой консультации с психологом в ситуации репродуктивного выбора женщина выражает протест, враждебность и отсутствие желания идти на контакт. Успех консультации во многом зависит от того, сможет ли психолог нарушить ожидания женщины (что её будут уговаривать, отговаривать от аборта, принуждать её изменить решение, что ей в этом разговоре не найти пользы) и провести приём, обращаясь к её истинным страхам, мотивам, сомнениям. Сможет ли консультант понять её чувства и установить атмосферу доверия, чтобы женщина ощутила мотивацию продолжать беседу, оставаться в контакте с консультантом и прийти на повторный приём, если потребуется.

**Базовой задачей психолога после установления контакта является запуск переоценки ценностей, отделение навязанных женщине окружением или социальными стереотипами ценностей от её истинных.** Нет задачи, чтобы женщина согласилась сохранить ребёнка, как какой-то «ненужный факт» в её жизни, из жалости к нему или в страхе согрешить или боясь осуждения. Задача: чтобы женщина смогла ощутить ценность жизни её

ребёнка для неё самой. Не отговорить женщину от аборта, а помочь ей выстроить систему приоритетов.

**В ходе работы с ценностями мы не можем уйти от необходимости анализа истинных мотивов сохранения или прерывания беременности.**

**На протяжении всей консультации нашей ежеминутной задачей является наблюдение, исследование, работа с чувствами женщины.** Что она ощутила, когда узнала о беременности, что заставляет её плакать, хотя она собирается на аборт, почему она улыбается, когда говорит о старшем ребёнке, что она чувствует к матери, когда не хочет её вспоминать, и т. д.

**Работа с ресурсами.** Совместный анализ личностных и средовых ресурсов беременной. Задача — увидеть, как женщина

оценивает свои ресурсы, в чём видит самую проблемную зону, а в чём — опору. Мы стараемся расширить видение ресурсов и проработать шаги к получению доступа к ресурсам. Также рассматриваем поиск, доступ к дополнительным ресурсам, необходимым в определённой ситуации.

**Выстраивание с помощью консультанта системы поддержки для женщины** (социальной и психологической), чтобы она не осталась без опоры, если приняла решение сохранить беременность.

**Сохранение возможности терапевтического контакта психолога с женщиной при любом развитии ситуации.** Психологическое сопровождение текущей беременности, если она сохранена, и работа с постабортным синдромом, если беременность не сохранена.

## **Итогом главы 1 являются базовые принципы работы психолога в ситуации репродуктивного выбора:**

1. Психолог гарантирует женщине конфиденциальность информации, которой она с ним делится.
2. Психолог ведёт истинную психологическую консультацию, избегая давления, манипуляций, уговоров, угроз, предоставления неверной информации.
3. Психолог перед началом работы с ситуациями репродуктивного выбора имел опыт личной терапии и не испытывает предвзятости в работе с данной проблематикой.
4. Психолог старается установить терапевтический контакт с женщиной и сохранить его при любом исходе ситуации.
5. Психолог готов не поддаваться спешке и давлению (со стороны врача, женщины, родственников женщины или её партнёра) и сохранять терапевтически нейтральную позицию.
6. Психолог признаёт ценность человеческой жизни на любом этапе её развития.

# Глава 2

## Основные трудности в работе психолога с ситуацией репродуктивного выбора. Мотивы сохранения беременности. Мотивы прерывания беременности. Различные виды сомнений в ситуации кризисной беременности, ключи к консультативной беседе

Выделим три основных фактора, затрудняющих работу психолога с ситуацией репродуктивного выбора: фактор времени, фактор предвзятости, фактор неопределённости обратной связи.

### Время

Данный вид консультирования часто проходит в сильной спешке, потому что и женщина, и консультант понимают, что у них нет для обсуждения столько времени, сколько они могли бы проводить в решении других вопросов. Обычно женщина узнаёт о беременности во время задержки менструации, а это уже где-то 5-я неделя беременности по акушерским срокам, и у клиентки есть ещё около 6 недель, в которые официально в нашей стране разрешено делать аборт без медицинских показаний, просто руководствуясь желанием женщины.

Если же женщина боится не уложиться в сроки проведения медицинского аборта, в запасе остаётся одна или две недели, поэтому в основном получается, что это давление времени ощущается в эмоциях женщины (женщина остаётся эмоционально закрытой, напряжённой: «Я уже всё решила, не будем терять время на разговоры»), поэтому консультант поддаётся спешке, пытаясь обсудить всё за одну встречу. Давление времени является одним из подводных камней данного вида консультирования. Одно из самых важных правил здесь — замедлять темп. Замедлять темп в обсуждении многих вопросов, несмотря на то, что время поджимает.

### Предвзятость

Вторая трудность, которая сопутствует погружению в тему репродуктивного выбора, — это то, что каждый консультант имеет бессознательный вектор в отношении данно-

го вопроса, который сквозит даже в его нейтральном отношении. Аборт — это тема, по которой почти у каждого человека есть чётко очерченное мнение. И сколько бы мы ни говорили, что мы нейтральны и идём вслед за желанием женщины, очень часто встречается на консультациях подталкивание женщины к тому или иному развитию сценария. Поэтому именно консультирование в ситуации репродуктивного выбора требует большой домашней работы консультанта в личной терапии и регулярных супервизий. Если мы отследим внутренние бессознательные установки психолога только после проведённой им консультации, велика вероятность, что второй консультации уже не будет. Женщина уже примет решение: пойдёт на аборт или сохранит беременность.

Очень часто в нашем современном обществе проявляется феминистический страх, что женщин принуждают сохранять беременность. И поэтому многие консультанты мыслят согласно принципу современных феминисток «моё тело — моё дело» и даже как-то бессознательно подталкивают женщину к аборту. Позиция «моё тело — моё дело» проявляет себя в том, что если консультант видит из беседы, что ребёнок представляет собой какие-то ограничения свобод женщины, то бессознательно подталкивает её к решению об аборте как о способе сохранить её независимость. Важно помнить, что декларируемые желания женщины очень подвижны, и мы не можем говорить наверняка о том, что озвучиваемое в такой стрессовой ситуации первичное желание женщины отражает её истинные и глубинные потребности. В целом данный вид консультирования особенно требует нейтральной позиции психолога.

### Неопределённость обратной связи

В рядовом консультировании мы можем наблюдать динамику состояния клиента от встречи к встрече, делая выводы о том,



какие интервенции психолога были более или менее эффективны в работе с запросом клиента, и влиянии на его эмоциональное состояние. В ситуации кризисной беременности женщина начинает работу с консультантом зачастую из ситуации конфронтации с ним (внутренне отказывается от терапевтического сотрудничества ещё до его начала, не желая, чтобы её «уговаривали»), часть времени в ходе консультации уходит на установление хотя бы нейтрального контакта с клиенткой. Обстоятельства кризисного консультирования требуют от психолога активных интервенций, которые вскрывают амбивалентные чувства женщины к её беременности. Женщина погружается в глубину своих внутренних противоречий и зачастую уходит с консультации в ощущение обострённого внутреннего конфликта. Психолог даёт ей опору на саму себя и на него, как на специалиста, и именно эта опора позволяет клиентке смотреть в глаза внутреннему конфликту, а не вытеснять его. Тем не менее данные обстоятельства зачастую не позволяют женщине уйти с консультации в спокойном, благодарном и гармоничном состоянии. Благодарность за работу психолога, возможно, проявится позднее, когда решение по сохранению беременности будет принято. Психолог не может с уверенностью знать, будет ли повторная консультация, и он может никогда не получить обратную связь от клиентки в ситуации кризисной беременности. Сложность в оценке результатов своего труда — одна из причин профессионального выгорания. Данный вид консультирования отражает это наблюдение в полной мере: результаты своей работы психологу сложно оценить, клиент находится в ситуации амбивалентности, эмоциональной лабильности, зачастую в конфронтации с попытками консультанта погрузиться в его истинные потребности и мотивы.

## Работа с мотивами

Задача психолога в ситуации репродуктивного выбора не просто помочь женщине осознать мотивы прерывания беременности и выяснить, насколько соответствуют эти мотивы ценностям женщины, пришедшей на консультацию. Задача также в том, чтобы в поисках мотивов сохранения беременности выйти именно на конструктивные мотивы, проработав возможные деструктивные сценарии.

Как осуществляется работа с мотивами? В ходе консультации, когда установлен терапевтический контакт и женщина начала более полно отвечать на вопросы

консультанта, мы рекомендуем приступить к анализу её мотивов, используя по возможности открытые вопросы (на которые нельзя просто ответить «да» или «нет», а надо раскрывать свою мысль) [2]. Возможно, женщина быстро и с ходу озвучит мотив прерывания беременности, который в данный период времени кажется ей максимально подходящим, рациональным, такой мотив, с которым трудно спорить. Ведь наша клиентка, скорее всего, внутри себя спорит сама с собой и подбирает доводы «за» и «против» аборта. Допустим, она уже давно нашла веский мотив отказаться от ребёнка в угоду чему-то или кому-то. На данном этапе психолог, не споря с этим заявленным клиенткой мотивом, старается через этот мотив выйти на какую-то потребность женщины, которая, возможно, скрыта от неё. Психолог старается помочь клиентке сформулировать её неудовлетворённую потребность, предлагая гипотезы. Так или иначе, в ходе консультации у нас возникают две области работы: материнство и неудовлетворённая потребность женщины. Далее ищем способы удовлетворить фрустрированную потребность. И только после этого можем вернуться к вопросу материнства с новыми знаниями клиентки о себе самой: так мы можем получить другие мотивы сохранения/прерывания беременности и другой уровень рефлексии и обсуждения.

Например, женщина с ходу озвучивает такой мотив прерывания беременности: «Я не собираюсь растить своих детей в съёмном жилье. Вот заработаю на квартиру — и тогда буду рожать». Если на данном этапе начать явно оспаривать этот мотив, говоря, что можно взять ипотеку с рождением ребёнка, что проблема квартиры менее важна, чем жизнь ребёнка, мы с большой вероятностью вызовем сопротивление клиентки, потому что, по её мнению, проигнорируем её чувства и обесценим их. Она закроется от откровенного обсуждения. Если же мы за желанием отдельного жилья будем искать потребность нашей клиентки: «Почему квартира так важна для Вас? Какие ощущения она даст Вам, каких у Вас нет сейчас?» — возможно, мы выйдем на потребность клиентки в безопасности и уверенности в завтрашнем дне. И вот на этом этапе мы сможем отдельно говорить о том, как и через какие действия она может найти безопасность уже сейчас (не дожидаясь будущей квартиры), и о её материнстве, которое не связано напрямую с будущей квартирой.

## Мотивы прерывания беременности

1. Аборт как способ скрыть сексуальные отношения.
2. Аборт как страх перед беременностью и родами.
3. Аборт как следствие жёсткой репродуктивной установки.
4. Аборт как усталость от родительства.
5. Отвержение ребёнка с определёнными характеристиками.
6. Аборт как следствие приоритета других ценностей.
7. Аборт как страх перед родительством, нежелание принимать роль матери.
8. Аборт как уступка социальному давлению, страх перед реакцией социального окружения.
9. Бегство от прошлого.
10. Фиксация на отношениях с отцом ребёнка.
11. Страх не справиться с материальной ситуацией.

## Конструктивные мотивы сохранения беременности

1. Дать жизнь уникальному человеческому существу.
2. Беременность как принадлежность семейной системе, желание продолжить свой род.
3. Беременность как выражение обоюдного желания партнёров иметь ребёнка.
4. Психологическая готовность стать матерью.

## Деструктивные мотивы сохранения беременности

1. Через ребёнка реализовать свои мечты.
2. Бегство от одиночества.
3. Поиск восполнения дефицита любви к себе.
4. Потребность соответствовать социальным ожиданиям.
5. Способ сохранения отношений с партнёром.
6. Дифференциация от родительской семьи.
7. Способ легализации отношений/брака.
8. Возможность получения какой-либо выгоды, например материальной.
9. Страх аборта и последствий.
10. Рождение ребёнка с определёнными характеристиками.
11. Сохранить ребёнка как возможность реабилитироваться в своём материнстве.

Ниже в таблице приведены типичные доводы женщины, заставляющие её думать о прерывании беременности, и возможные рекомендации к ведению беседы. Таблица составлена по материалам книги Смирновой Е. А. «Что нужно женщине, которая "уже всё решила"» [5]. Стоит особенно подчеркнуть, что мы не можем сразу следовать рекомендациям для психолога, если столкнулись с доводами женщины. Прежде чем следовать рекомендациям, мы должны убедиться, что у нас сложился начальный терапевтический контакт с клиенткой, что мы уже эмпатически отреагировали на её эмоциональное состояние и совместно с ней провели анализ потребностей, которые у неё на данном этапе жизни фрустрированы.

### Обстоятельство

#### **Возраст — слишком молода/«стара», чтобы родить ребёнка**

Независимо от того, является ли возраст женщины объективно неподходящим для родов с биологической точки зрения, в таких случаях, как правило, речь идёт о субъективном восприятии женщиной себя, как неподходящей на роль матери. Ведь если женщина смогла зачать, беременность протекает без осложнений, женщина хорошо себя чувствует, то, вероятно, это означает, что её организм готов справиться с беременностью и родами. Возраст — зачастую лишь повод, а реальная причина намерения прервать беременность, скорее всего, в психологической неготовности к рождению ребёнка.

### Рекомендация

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

Кроме того, нет возраста, «хорошего» или «плохого» для воспитания ребёнка. Молодые мамы часто энергичны, подвижны, их отношения с детьми эмоционально непосредственны и демократичны, у них много активности, которая помогает преодолевать усталость и сложности в жизни с ребёнком. Мамы зрелого возраста более спокойны, мудры,

с большим пониманием относятся к проблемам ребёнка. У материнства в любом возрасте есть свои плюсы.

## Обстоятельство

### **Первая беременность, страх родов, психологическая неготовность к роли матери**

Как показывает опыт работы с беременными женщинами, первая беременность (особенно незапланированная) вызывает у подавляющего большинства современных женщин чувство растерянности, страха. Большинство из них не имеет опыта общения с младенцем до появления собственного первенца, немногие молодые беременные общались с другими женщинами, которые уже выносили и родили детей. А неизвестность — так устроена психика — естественным образом вызывает тревогу. Кроме того, многие женщины воспринимают беременность почти как болезнь, а родов просто-напросто боятся.

## Рекомендация

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

## Обстоятельство

### **Незапланированная беременность**

Женщина, которая забеременела случайно, узнав об этом, как правило, испытывает чувство растерянности. Часто возникает досада, так как незапланированная беременность никогда не бывает кстати даже у тех женщин, которые хотели бы родить ещё детей. Практически всегда, если женщина не планировала зачатие, если это произошло не специально, возникает необходимость на время отложить ряд дел, возможно, очень нужных и актуальных, пересмотреть режим дня, для работающих женщин — график работы, изменить образ жизни. В данной ситуации мысль об аборте приходит в связи с желанием «отложить зачатие до лучших времён», но не является истинным нежеланием родить этого ребёнка.

## Рекомендация

Прежде всего, следует «нормализовать» чувства женщины. Консультанту следует целенаправленно вводить различие между «отказаться, потерять» и «отложить на время». Например, «остаться без высшего образования» и «окончить институт на год-два позже» — совершенно разные вещи. Кризисные беременные очень часто, в силу своего состояния, склонны видеть жизненную ситуацию именно по принципу «отказаться, остаться без, потерять» — рождение ребёнка влечёт за собой не потерю возможностей, а лишь отсрочку в реализации намеченных планов.

Здесь есть три принципиальных момента. Во-первых, является ли сегодняшняя ситуация совершенно неподходящей, или же можно как-то пересмотреть свои планы, что-то сделать побыстрее и т. д.? Во-вторых, бывают ли вообще ситуации, идеальные для рождения ребёнка? Жизнь никогда не поддаётся нашему контролю на 100%. Как правило, достигая желаемого, планируемого, мы с течением времени получаем и новые проблемы, требующие решения. Так рождение ребёнка можно откладывать очень долго, всё время что-то будет мешать. И в-третьих, следует обратить внимание на возможные постабортные осложнения, которые могут нарушить её планы «сейчас отложить

и забеременеть через полгода». Это очень серьёзно: вместо желанной беременности в определённый женщиной срок она может получить длительное лечение после прерывания уже развивающейся и благополучно протекающей беременности.

## Обстоятельство

### **Нарушение конкретных планов, связанных с образованием, карьерой, отпуском и т. д.**

Эта ситуация является вариантом, подвидом незапланированной беременности. Разница только в степени «конкретности» помех к принятию решения о рождении ребёнка. В качестве причин для аборта в подобных случаях выдвигаются совершенно конкретные доводы: «мне нужно окончить (поступить в) институт», «через полгода меня повышают в должности с серьёзным увеличением зарплаты, а если я уйду в декрет, этого не будет», «мы купили квартиру, сейчас нужно закончить ремонт, потом собирать вещи, переезжать, обживаться на новом месте, а я не смогу всё это делать, будучи беременной» и т. п. В любом случае, как и при любой незапланированной беременности, речь идёт не об истинном неприятии этого ребёнка, а о желании «отложить» беременность и исполнить свои намеченные планы.

## Рекомендация

Нужно выявить все возможные ресурсы помощи и поддержки. Кто из родственников, друзей, знакомых женщины мог бы оказать ей помощь и какую именно? Какие свои неотложные дела она может кому-то делегировать? К кому можно обратиться с той или иной просьбой? Можно ли, например, в случае с переездом не вдвоём с мужем упаковывать вещи (что действительно долго и физически тяжело), а позвать кого-то из друзей, например тоже супружескую пару, с тем, чтобы женщины занялись лёгкой работой — допустим, упаковывали одежду, а мужчины разбирали бы мебель, упаковывали книги и т. д. Есть ли среди близких кто-то социально активный, кто мог бы взять на себя организационную сторону: поиск фирм, занимающихся ремонтом и перевозками, переговоры,

контроль качества выполнения работ и т. д. Можно предложить женщине немедленно приступить к установлению подобных договорённостей: «Я беременна, у меня ожидается переезд, мне понадобится такая-то помощь через такой-то срок. Сможешь?»

После того как ряд дел будет делегирован другим людям, женщина увидит, что ей самой остаётся сделать не так уж и много и что это ей вполне по силам.

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

## Обстоятельство

### **Наличие в анамнезе тяжёлой беременности и/или родов**

Если в прошлом женщина перенесла тяжело протекавшую беременность, сопровождавшуюся плохим самочувствием, обострением хронических заболеваний, или тяжёлые, осложнённые роды, она может бояться, что новая беременность принесёт ей те же проблемы. Женщина с проблемной беременностью зачастую оказывается в положении тяжелобольного человека, неспособного выполнять даже простую работу по дому и постоянно нуждающегося в посторонней помощи. Некоторые женщины много времени проводят в больнице, в связи с чем домашнюю работу, уход за детьми и т. д. приходится доверять кому-то другому. Осложнения ведут к временной потере трудоспособности (иногда довольно длительной), что может повлечь за собой серьёзные трудности на работе вплоть до увольнения «по собственному желанию».

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

## Рекомендация

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

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

Необходимо направить женщину на медицинские обследования, которые помогут спрогнозировать некоторые особенности протекания данной беременности, риск повторения осложнений.

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

Она не обречена на повторение тех страданий, которые пережила во время прошлой беременности.

Можно также затронуть вопрос о том, что всё-таки в результате той тяжёлой беременности (родов) у неё появился ребёнок, которого она, наверное, любит. В связи с этим были ли её страдания напрасными? Как она представляет свою жизнь без этого ребёнка?

## Обстоятельство

### Усталость от социальной изоляции

Жалуется женщина на то, что ей надоело сидеть дома и не иметь возможности куда-то выйти без ребёнка, сходить в гости. Её очень раздражает постоянная необходимость «варить каши, менять подгузники, вскакивать посреди ночи», она чувствует себя «роботом по обслуживанию младенца», а хочет «само-реализации». Следовательно, если родится второй, то ситуация ухода за маленьким ребёнком, при которой она не может заниматься учёбой или карьерой, ограничена в передвижениях, фактически заперта дома, растянется на субъективно невозможный для неё срок. Часто такие женщины враждебно относятся к своему зачатому ребёнку, видят в нём помеху к тому, чтобы вести желаемый образ жизни.

## Рекомендация

Часто женщины испытывают (на разном уровне осознания) чувство вины за то, что «эгоистические» ценности их привлекают больше, чем «выполнение того, для чего ты предназначена природой». Поэтому в данном случае уместно присоединиться к желаниям женщины, сообщить, что усталость, желание как-то развлечься и сменить обстановку, стремление реализовывать свои планы, заниматься интересными для себя делами — это нормально и естественно, сами по себе эти чувства не плохи.

Иногда после этого женщина сама переходит к тому, что она не враждебно, а противоречиво относится к своей беременности. Теперь она может встретиться со своими чувствами. Чувства часто оказываются не столь однозначными, как она заявляла сначала: акцент смещается с отрицания, с негатива («не хочу этого ребёнка») на позитив («хочу в гости, на работу, в спортивную секцию, освободиться» и т. д.).

Далее целесообразно предложить попробовать совместить (хотя бы в целях интеллектуального эксперимента) её желания с беременностью/рождением ребёнка.

## Обстоятельство

### Страх лишиться каких-либо благ ребёнка, который уже есть в семье

Этот страх высказывается достаточно часто. Особенно он свойственен малодетным семьям или семьям, принципиально настроенным на рождение и воспитание только одного ребёнка. Под благами понимается как материальное обеспечение ребёнка (покупка лучших новых вещей, дорогих игрушек — всех, которые он захочет, удовлетворение по максимуму запросов ребёнка, ориентация семьи на то, чтобы «ни в чём ему не отказывать»), так и удовлетворение психологических потребностей (внимание, совместный досуг, секции и кружки, направленные на всестороннее развитие).

## Рекомендация

Прежде всего, есть смысл подтвердить, что само по себе это желание родителей не только понятно, но и вполне позитивно. Однако при таком взгляде на вещи родители игнорируют определённую часть реальности: помимо материальных потребностей и потребности в родительском внимании, у ребёнка есть ещё ряд потребностей, которые как раз могут быть удовлетворены при появлении младшего брата или сестры. Есть также ряд компетенций, которые максимально успешно развиваются при большем количестве детей в семье. Например, дети, выросшие в окружении братьев и сестёр:

- более компетентны в общении, умеют устанавливать как иерархические, так и партнёрские отношения (что приносит очевидную пользу при выходе в социум по мере взросления);
- лучше научаются делиться, уступать, находить выходы из конфликтных ситуаций (при условии, естественно, что дети не предоставлены целиком и полностью сами себе);
- менее прихотливы в плане быта и быстрее овладевают рядом бытовых навыков;

- получают достаточно тактильного контакта в совместных играх, что в целом позитивно сказывается на развитии и психологическом благополучии;
- в большей степени защищены от переживания одиночества (особенно в подростковом возрасте).

После этого уместно обсудить тему, что именно рождение младшего ребёнка может предоставить такой шанс для обоих детей в семье.

## Обстоятельство

### Проекция на внутриутробного ребёнка агрессии, направленной на его отца

Эта ситуация встречается не очень часто и является неочевидной, однако специалисту, консультирующему кризисных беременных, следует иметь её в виду.

Женщина может переносить своё негативное отношение к отцу ребёнка на самого ребёнка. Это случается как в результате острых конфликтов на ранних сроках беременности, так и в связи с хронической неудовлетворённостью отношениями с мужчиной, накопленным раздражением, затаёнными обидами, нерешёнными хроническими конфликтами. Единственной причиной желания прервать беременность в этом случае является тот факт, что ребёнок зачат от этого конкретного мужчины.

## Рекомендация

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

# Глава 3

## Стратегии психологического консультирования. Работа психолога с темой принятия решения. Работа психолога с эмоциями женщины

В данной главе мы продемонстрируем несколько вариантов хода консультативной беседы с женщиной, принимающей решение о сохранении беременности. Работа с женщиной в ситуации репродуктивного выбора может погрузить и психолога, и женщину в глубины внутренних — как сознательных, так и бессознательных — конфликтов женщины, пришедшей на консультацию. В этой психотерапевтической работе есть два риска для консультанта:

1. Риск испугаться глубины требуемой работы и не погружаться в детализацию, ограничиваясь формальным расспросом, анкетой и эмоционально закрытым разговором. Психолог может бессознательно ощущать, что нет времени на истинную проработку мотивов, ретроспективные интервенции и глубокий анализ происходящего с женщиной в отношениях с ней самой, с её партнёром и с её семейной и материнской сферами. Психолог как бы заранее расписывается в невозможности качественного погружения и работает формально.

2. Риск глубокого погружения в текущие эмоции женщины и её анамнез, ретроспективные проблемы; застарелые конфликты будут названы, но консультация потеряет свою сфокусированность на проблеме беременности и, даже будучи психотерапевтически полезной, в силу ограниченности во времени оставит женщину один на один со сложным процессом принятия решения об аборте.

Во избежание соскальзывания в эти две распространённые ошибки в консультировании уместно в процессе разговора с женщиной иметь в памяти ряд этапов, после прохождения которых консультация обретёт целостность. В качестве базовой схемы возьмём схему принятия любого стратегического решения. Чуть ниже мы адаптируем эту схему в отношении темы консультирования в ситуации репродуктивного выбора.

### Схема принятия стратегического решения:

1. Анализ контекста.
2. Определение проблемы.
3. Постановка задачи. Запрос.
4. Сбор информации. Поиск вариантов решения.
5. Оценка ресурсов и рисков.
6. Оценка эффективности вариантов.
7. Принятие решения.

Важно также помнить и о динамике работы с эмоциями клиента в ходе консультирования. Первый этап встречи (четверть/треть/половина, как получится) — работа «на контакт», когда самой важной задачей для психолога является установление первоначального доверия в его адрес со стороны женщины. Доверие даёт возможность разворачивать дальнейшую беседу. Если психолог ощущает отсутствие доверия — он не может начать качественный процесс обсуждения принятия решения об аборте, поэтому в этом случае желательно строить работу вокруг чувств женщины по поводу незапланированной беременности/реакции на беременность со стороны партнёра/ожиданий женщины/её страхов. Работа с эмоциями может открыть возможность доверительной беседы между психологом и женщиной в ситуации репродуктивного выбора. На этапе работы «на контакт» психолог не использует конфронтацию как рабочий инструмент — женщина не готова к ней. На данном этапе конфронтация может помешать формированию базового доверия и будет воспринята как попытка манипуляции в сторону сохранения беременности. Преждевременная конфронтация или интервенции с проговариванием гипотез о причинах конфликта и трудностей выбора могут выглядеть для клиентки как давление. На

этапе работы «на контакт» психолог использует активное слушание, отражение чувств клиентки, прояснение, эмпатическое присоединение к чувствам клиентки.

На первом этапе работы и на втором консультант использует постановку вопросов как одну из основных техник [4, с. 34].

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

Открытые вопросы служат не столько для получения сведений о жизни клиентов, сколько позволяют обсуждать чувства. Примеры открытых вопросов: «Что Вы теперь чувствуете, находясь на пике жизненно важного решения?», «Что Вас тревожит?» и т. п. Открытые вопросы дают возможность делиться своими заботами с консультантом. Они передают клиенту ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение.

#### **Выделяют следующие основные моменты консультирования, когда используются открытые вопросы:**

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

Не следует забывать, что не всем клиентам нравятся открытые вопросы, у некоторых они повышают ощущение

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

Хотя постановка вопросов является важной техникой консультирования, но, как ни парадоксально, в консультировании следует избегать чрезмерного опрашивания. Любой вопрос должен быть обоснован: задавая его, надо знать, с какой целью это делается. Подводные камни, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

- Вопросы «Почему?» нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них, прежде всего, и бывают направлены вопросы «Почему?»), обусловленного множеством довольно противоречивых факторов.
- Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены и другие). Например: «Насколько ясно Вы осознаёте важность принимаемого решения? Не думали ли Вы об этой ситуации в ином ключе?» Клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.
- Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос «Всё ли хорошо ладится?» чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. В этом случае лучше задать открытый вопрос: «Как обстоят дела дома?» В подобных ситуациях клиенты нередко пользуются возможностью дать неопределённый ответ — например: «Неплохо». Консультанту нужно уточнить ответ другим вопросом такого типа: «Что для Вас значит "неплохо"?» Это очень важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание.



Во второй фазе работы с эмоциями, после установления первичного доверия, консультант может позволить себе наряду с вопросами и техниками первой фазы конфронтацию: обращать внимание на несоответствие эмоций женщины и её слов (улыбается, говоря о тяжёлой жизни, или плачет, говоря о том, что всё решила), противоречия в её убеждениях («хочу троих детей, но сейчас лучше сделать аборт») или логических доводах («я вынуждена сделать аборт, чтобы не давить на парня с женьбой») — ребёнок и женьба не связаны между собой, тогда как они связаны для клиентки? — здесь место и для конфронтации, и для прояснения). Конфронтацией является и указание психолога на то, что женщина уклоняется от темы в ходе разговора. Возврат её к теме — это конфронтация. Конфронтация — это попытка пригласить к диалогу бессознательную часть клиента, разговор клиента от лица двух его частей, возможно, отрицающих друг друга, — это тяжело, поэтому психолог, используя конфронтацию, должен применять её без агрессии и категоричности. Агрессия консультанта (а она часто остаётся бессознательной для него самого!) или его категоричность вынудит женщину защищаться и не оставит возможностей для многоарусного анализа ситуации. При давлении консультанта женщина озвучит своё решение ещё раз или обесценит наблюдение консультанта о несоответствии её поведения и слов или доводов друг другу.

Молчание как техника работы при необходимости тоже применяется на данном этапе консультации [4, с. 40]. Для консультанта, научившегося быть чутким к различным смыслам тишины и научившегося сознательно создавать и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно терапевтически ценным. Каковы важнейшие смыслы молчания в консультировании?

1. Паузы на первом этапе консультативной беседы могут выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования. Молчание — не самый эффективный инструмент работы на первом этапе беседы.
2. Молчание далеко не всегда означает отсутствие реальной активности. Во время пауз клиент может искать нужные слова для продолжения своего повествования, взвешивать то, о чём шла речь перед этим, пытаться оценить возникшие во время беседы догадки. Консультанту также

нужны паузы для обдумывания прошедшей части беседы и формулировки важных вопросов. Периодические паузы делают беседу целенаправленной, так как в это время мысленно выявляются существенные моменты беседы, резюмируются основные выводы. Паузы помогают не пропустить важных вопросов.

3. Молчание может означать, что и клиент, и консультант надеются на продолжение беседы со стороны друг друга.
4. Пауза молчания, особенно если она субъективно неприятна как клиенту, так и консультанту, может означать, что оба участника беседы и вся беседа оказались в тупике и происходит поиск выхода из создавшейся ситуации, поиск нового направления беседы.
5. Молчание в некоторых случаях выражает сопротивление клиента процессу консультирования. Тогда оно по отношению к консультанту имеет манипулятивный смысл. Здесь клиент ведёт игру: «Я могу сидеть как камень и посмотрю, удастся ли ему (консультанту) сдвинуть меня».
6. Иногда паузы возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных и значительных вопросов, которые, однако, увеличивают тревогу клиента.
7. Молчание иногда подразумевает глубокое общение без слов, оно тогда более осмысленно и красноречиво, чем слова.

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

Третий этап — завершение консультации. Оно происходит не вмиг. Консультант совместно с женщиной резюмирует встречу в смысловом аспекте, но не менее важно резюмировать её и в эмоциональном аспекте. Как себя чувствует женщина после этого разговора? (Готов ли кон-

## Этапы принятия стратегического решения



## Этапы работы с клиентом

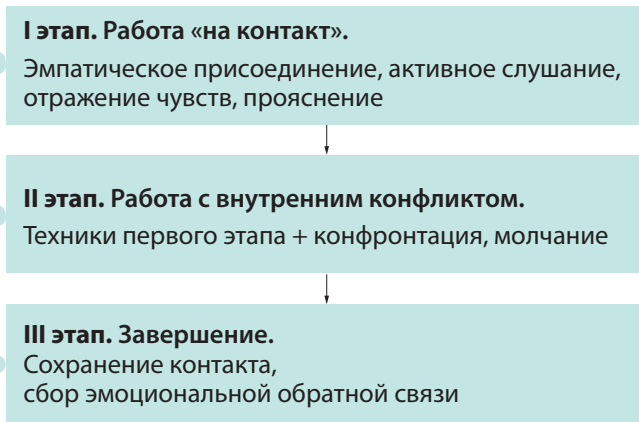


Рисунок 1.

сультант встретиться в ходе её ответа с тем, что она стала себя ощущать «хуже», чем до встречи с психологом?) Какие её тревоги поднялись в ходе беседы, а какие затихли? Был ли ей полезен консультант в текущий час? Ощущает ли она его поддержку? Важно постараться не оборвать контакт с женщиной сразу по завершении встречи: завершилась текущая беседа, но не сотрудничество женщины с психологом. Возможно назначение ещё одной встречи до окончательного решения о сохранении или прерывании беременности. Также возможно назначить консультацию и без учёта времени возможного аборта — исключительно как поддержка женщины в любом её решении и состоянии.

Таким образом, мы имеем два параллельных вида работы в ходе консультативной беседы: работа смысловая на принятие решения и работа с эмоциями.

Разберём подробнее схему принятия решения (рисунок 1).

### Анализ контекста:

- Знакомство/сбор простой информации (Ф. И. О./анонимность, возраст, возможно — анкета).

- Какие чувства вызвала у женщины новость о незапланированной беременности.
- На каком этапе принятия решения она находится и как проходили другие этапы.
- Выходим на проблему возможного влияния на решение женщины мнения других людей или обстоятельств.

### Этапы принятия решения

- Реакция женщины на новость о беременности — стартовая точка ситуации — одна из самых важных.
- Сбор мнений — женщина начинает рассказывать ряду людей о беременности, встречается с их эмоциональной реакцией. Чья-то оценка совпадает с её оценкой или не совпадает. На веса складываются все за и против.
- Провозглашение решения [6].
- Окончательное принятие решения непосредственно перед предполагаемым прерыванием.

### Определение проблемы

В чём, по мнению женщины, сейчас заключается её сложность: «Что в текущей ситуации для Вас самое

сложное?» Так мы можем превратить нашего «неистинного клиента» в «истинного». Женщина поймёт, что консультант готов работать с тем, что трудно для неё, а не продвигать заранее подготовленный план ведения консультации.

Психолог может и обратить внимание клиентки на некоторые проблемы, которые успел уловить из её текущего рассказа.

Часть проблем, на которые психолог обратил внимание, он может оставить невысказанными на данном этапе. Пока мы работаем «на контакт» и идём вслед за клиентом, сохраняя и наращивая атмосферу доверия.

## Постановка задачи. Запрос

Формулируем запрос на ближайший час работы. Разобраться с противоречивыми эмоциями? Сделать выбор не таким болезненным?

Клиентка, возможно, не готова в её текущем эмоциональном состоянии сама чётко поставить задачу для работы — психолог может проговорить задачу, как он её видит, и обсудить, согласна ли она с этим видением.

## Сбор информации

Переход от внешнего конфликта к внутреннему. Поиск вариантов разрешения внутреннего конфликта

На данном этапе для психолога важно собрать информацию о рациональных мотивах женщины — о том, что она вслух предъявляет как мотивы, двигающие её к мыслям о прерывании беременности: давление определённых обстоятельств, окружения, собственных планов, от которых не хочется отказываться, своих идеальных представлений. Вся эта информация может составлять конфликт с эмоциями женщины, то есть психолог может внешний конфликт женщины либо помочь решить (помочь найти ресурсы для воплощения её материнства, психологические или финансово-организационные), либо обнаружить, что внешний конфликт (нет денег на рождение и воспитание ребёнка) является «прикрытием» внутреннего конфликта женщины (например, между страхом своей материнской несостоятельности и желанием стать матерью). Если обнаружен внутренний ценностный или психологический конфликт — важно, чтобы психолог помог женщине опознать этот конфликт

как внутренний. После этого женщина может двигаться к принятию решения о беременности, исходя из осознания, что эта беременность — часть её собственных бессознательных желаний.

### А. Сбор информации

- О мотивах. Здесь самое время собрать максимальное количество информации о том, какие мотивы подвигают женщину к сохранению беременности, а какие — к прерыванию.
- Травматические переживания, связанные с предыдущими беременностями, родами, выкидышами, абортами.
- О семейной системе. Детский опыт женщины.

### Б. Моделирование ситуации

Важно, чтобы психолог помог женщине представить её возможное будущее в четырёх разных аспектах (рисунки 2), а не только в одном, на котором чаще всего заиклилась женщина в стрессовом состоянии.

### В. Подключение тела

Обсуждая с женщиной моделирование ситуации, можно обращаться к реакциям её тела на те или иные фантазии о будущем. Как отзывается её тело на пустоту в животе после аборта? Как отзывается её тело сейчас, когда ребёнок находится внутри? Как изменились ощущения в теле во время текущей беременности? Как показатель сопротивления клиентки — мы можем услышать, как всё её тело стало болеть или ощущать тяжесть после известия о беременности. Или наоборот — клиентка может ощущать подъём сил и лёгкость в теле, несмотря на тяжёлые сомнения и мрачные мысли. Телесные реакции не обязательно комментировать — они нужны для того, чтобы женщина чаще прислушивалась к себе, это как дополнительный инструмент её внутренней работы.

## Работа с ресурсами. Анализ рисков

Если психолог заметил, что в сомнениях женщины по поводу сохранения беременности определённую роль играют различные нехватки — денег, помощи, заботы, внимания, — важно опознать неудовлетворённые потребности женщины и помочь в поиске вариантов их удовлетворения. Можно привлекать внешние ресурсы:

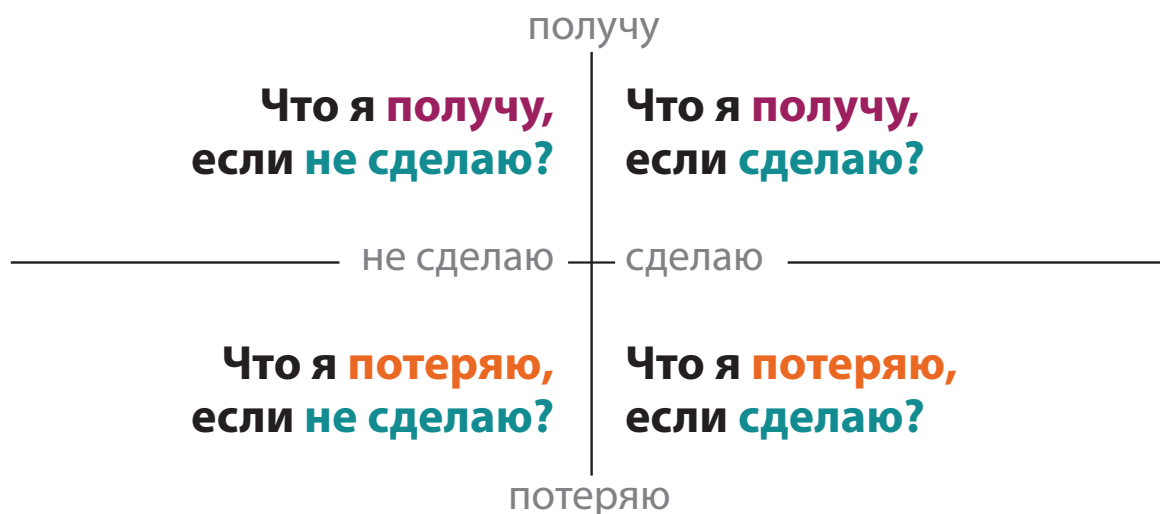


Рисунок 2.

помощь заинтересованных лиц, фондов, социальных сетей. Не менее важным является работа с внутренними ресурсами женщины: её ощущение внутренней опоры и возможность быть наедине с собой, способность выносить фрустрацию и заботиться о себе. Рассмотрение потенциальных вариантов развития событий невозможно без попытки анализа рисков: принятие риска — один из способов принятия взрослой позиции и повышения степеней свободы.

! Мы не приступаем к работе с ресурсами на первых этапах консультации, иначе это будет похоже на выдачу советов без запроса. Работа с ресурсами может быть начата только после присоединения к чувствам женщины, погружения в реалии её жизни и психики, только после того, как опознан её внутренний конфликт и она сама находится в поиске ресурсов для его разрешения. Преждевременная работа с ресурсами может быть расценена женщиной как обесценивание её чувств.

### Оценка вариантов

На уровне мнений, тела, эмоций и чувств. Выдача материалов для домашнего изучения.

### Принятие решения

После завершения консультации разворачивается процесс собственно принятия решения женщиной, который часто происходит наедине с собой. У консультанта нет цели, чтобы женщина приняла решение в ходе приёма в кабинете психолога. Такая интенция на срочное принятие решения будет сбивать погружение в психическую реальность женщины.

### Типы поведения женщин в начале консультативной беседы, которые требуют особой работы на первом этапе консультирования

До анализа контекста и работы на установление доверительного контакта необходимо встретиться с актуальными эмоциями женщины и начать диалог [4, с. 16].

### Агрессивная закрытость

↓  
Есть женщины, которые на попытки приступить к консультации реагируют агрессией. Агрессия может быть прямой — крик, упрёки, брань и оскорбления, а может быть косвенной — неуместная ирония, перевод разговора на посторонние темы,

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

### *Что с этим делать?*

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

### **Молчаливое недоверие**

Эти женщины тоже скрытны, как и первая группа, но в основе лежит страх и недоверие консультанту, психологам вообще. Часто это женщины конформные, недоверчивые к миру, с низким уровнем рефлексии. Они могут быть в зависимых отношениях с мужчиной или матерью. Они тоже могут давать односложные ответы, но более отзывчивы, чем представительницы первой группы. Они готовы

слушать, поэтому консультация может длиться более 30 минут.

### *Что с этим делать?*

Строить беседу в начале консультации вокруг самой женщины и её текущей жизни, без фокусировки на проблеме аборта. Они, как правило, берут информационные материалы с собой, скорее всего, читают.

### **Растерянность и шок**

Внутренние ресурсы, направленные на конструктивное и планомерное решение проблемы, в состоянии растерянности снижены практически до нуля. Женщина может либо просто пребывать в состоянии психологической «оглушённости», либо искать совета, подсказки. Это состояние растерянности является психологически закономерной и понятной реакцией на незапланированную ситуацию и в норме само проходит через некоторое время, после чего человек принимается за действия по решению проблемы.

### *Что с этим делать?*

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

Если женщина чрезмерно закрыта, напряжена и подозрительна, важно постараться выяснить её психиатрический статус. Опасения могут вызывать и чрезмерные самообвиняющие тирады или разговоры о страхе возмездия за грех планируемого аборта. Женщины с психиатрическим диагнозом трудно переносят процедуру аборта, однако вопрос о сохранении ребёнка должен решаться с привлечением их ближайших родственников или социальной службы. Важно удостовериться, что аборт не повлечёт за собой суицидальный риск. Также важно удостовериться, что во время беременности такая пациентка будет находиться под наблюдением психиатра и близких.

# Глава 4

## Негативная реакция семьи женщины на незапланированную беременность. Рекомендации по выстраиванию диалога женщины с семьёй. Консультация пары в ситуации репродуктивного выбора

Когда мы говорим о свободе выбора женщины по вопросу аборта, приходится признать, что многие женщины не являются по-настоящему свободными. Они эмоционально и финансово зависят от родителей, любовников, мужей, психиатров, работодателей и многих других людей и легко поддаются их влиянию [7, с. 260]. Иногда решение сделать аборт намного больше соответствует интересам окружающих, нежели желанию самой женщины. Кризисная ситуация (в том числе кризисная беременность), особенно если она связана с моральной дилеммой, заставляет людей меньше доверять собственному мнению и своей способности принять правильное решение. Человек в ситуации дилеммы приходит в состояние «повышенной психологической открытости»: принимая решение, он в большей степени полагается на мнение других людей, особенно авторитетных лиц. Родители и партнёры беременных женщин угрожают лишить их любви, моральной или финансовой поддержки или крова над головой, если женщина «не поступит так, как будет лучше для всех» и не согласится сделать аборт. Иногда желающие принудить женщину к аборту родственники или её партнёр отказываются от прямых угроз и пытаются вызвать у неё чувство вины: «Если бы ты меня любила по-настоящему, ты бы со мной так не поступила».

Незапланированная беременность является резким нарушением гомеостаза семейной системы, где роли уже распределены. Система всегда стремится к равновесию: если гомеостаз нарушен, система пытается вернуться в него. Аборт — самый простой «выход», чтобы жизнь членов семьи не претерпела изменений. Мать беременной женщины может быть не готова к новому статусу бабушки, ассоциирующемуся у неё со старением или ответственностью за внуков, которую она не хочет

на себя брать. Отец беременной женщины может не хотеть дополнительной финансовой нагрузки, если он до этого момента помогал дочери. Партнёр может не хотеть терять статус лёгкого на подъём парня в собственных глазах и в глазах своих друзей. Мать партнёра может не хотеть, чтобы внимание сына теперь шло мимо неё не только в сторону жены, но и в сторону его детей: так он совершенно отдалится от своей матери. Таких мотивов у членов семьи может быть бесчисленное множество. В моменты давления (явного или скрытого) на беременную женщину её родственники, возможно, будут использовать в уговорах не свои истинные мотивы, а доводы, относящиеся к пользе женщины. Например: «Если ты родишь, я уже не смогу помочь тебе с квартирой, ведь надо будет оплачивать роды», — говорит ей папа. «Если ты родишь, не думай, что я буду сидеть с этим грудничком, своих дел по горло», — говорит ей свекровь. И т. д. и т. п.

В итоге на консультацию к психологу женщина может попасть не только в сомнениях по поводу сохранения беременности, но и с ощущением тотального предательства со стороны всех своих близких: в таком случае аборт будет видеться ей как предотвращение разрыва всех значимых для неё связей. Она будет уже бояться потерять не ребёнка, а связи с близкими.

### Задачи психолога в ситуации давления на женщину со стороны её окружения:

1. Отделить потребности родственников женщины от потребностей женщины.
2. Отделить боязнь потерять любовь родственников от боязни сохранения ребёнка и материнства (ребёнок в результате аборта будет потерян на 100%, а что ка-

сается манипуляции родственников, то не факт, что они ими будут исполнены).

3. Работа с ресурсами: чтобы укрепить позиции женщины, нужно найти варианты, где ей взять ресурсы, отобрать или не дать которые грозятся члены семьи. Тут подойдёт информация о центрах помощи и социальной поддержки, встреча с юристом.
4. Предоставление женщине рекомендаций по ведению диалога с родственниками. Обучение поведению при оказании давления.

### **Рекомендации для женщины по ведению диалога с родственниками:**

1. Важно научить женщину замечать ситуации или акты коммуникации, в которых на неё оказывается давление. Любые ситуации с выставлением условий явно («если ты... то...») или неявно (у мамы испортилось настроение, и она ушла в другую комнату). Ситуации, когда ей рисуют будущее в мрачных красках. Ситуации, когда её перебивают или обесценивают: «Ну, ты-то у нас самая умная, мнение у неё появилось, посмотрите». На консультации с психологом можно детально разобрать коммуникацию женщины с домашними и их типичные присказки или манеру вести диалог.
2. Если коммуникация в семье не перешла в разряд абьюзивной и женщина готова поддерживать диалог, важно, чтобы она вслух выразила понимание позиции своих близких или партнёра.
3. Важно разделять эмоции и поступки. Можно сохранять контакт с эмоциями близких: понимать их страхи, волнения и тревоги, но не соглашаться менять свои действия, если они не соответствуют внутреннему решению. Эмоции — отдельно, а поступки и решения — отдельно. Почему женщина вправе так поступать: потому что последствия поступков, например аборта, будет ощущать на себе она, а не её родственники (психологу полезно об этом напомнить клиентке, чтобы она почувствовала себя вправе использовать свою власть в коммуникации с семьёй).

4. Женщине не стоит общаться с родственниками, используя вопросительные интонации и демонстрируя сомнения в своём выборе. Если она ощущает сомнения и амбивалентное отношение к ребёнку — это повод для неё обсуждать эти чувства с психологом или другим человеком, не вовлечённым в её семейную систему, максимально нейтральным.
5. Если отношения с членами семьи переживают стадию жёсткого кризиса, их можно на время приостановить — до тех пор, пока сохранённая беременность не станет неоспоримым фактом для всех (после 12 недель). Временно уехать к подруге, не звонить, не отвечать на письма, полные манипуляций и уговоров.
6. Женщина совместно с психологом должна составить свою карту ресурсов и помощи в её беременности и в первые месяцы жизни ребёнка. Кто поможет с вещами для новорождённого? Кто сможет возить её к врачу на протяжении беременности? Кто возьмёт на себя заботу о её бабушке, пока она будет в роддоме? Какие выплаты она сможет получить от государства? Если родственники будут использовать какие-либо манипуляции, угрожая ей лишением чего-либо, она должна иметь возможность спокойно и внятно объяснить им, как она при необходимости справится без их помощи.
7. Женщина может пригласить мужа или других членов семьи на семейную психологическую консультацию, чтобы стороны общались в присутствии специалиста.

### **Консультация пары в ситуации репродуктивного выбора**

В консультировании пары в ситуации репродуктивного выбора важно, чтобы психолог был готов услышать боль каждого партнёра. Даже если до парной консультации психолог уже консультировал женщину из этой пары и разделил её тревогу, сомнения и услышал её обвинения в адрес партнёра — в ходе парной консультации важно не присоединяться исключительно к чувствам женщины. Необходимое расширение видения проблем друг друга будет достигнуто только в случае, если муж, пар-

тнёр женщины тоже будет услышан. Если психолог не уверен в своей непредвзятости, то он может направить пару к другому специалисту (однако именно в ситуации репродуктивного выбора на запись к разным специалистам зачастую нет времени).

Партнёр женщины нередко испытывает сходные с ней страхи, но выражает вслух уже итог своего внутреннего конфликта («мы не потянем ребёнка»). Для того чтобы перевести пару в стадию процесса принятия решения (и уйти из стадии спора над уже принятыми решениями), в ходе консультации рекомендуется вернуть партнёров именно к стадии разворачивания сомнений и страхов. Они могут сказать, что это уже сто раз обдумали. Однако они обдумывали это, возможно, в стадии растерянности и тоннельного сознания, наедине с собой. Когда на консультации присутствует три человека, партнёрам удаётся не только отразить страхи друг друга («я боюсь того же самого, что и ты»), тем самым почувствовав близость, но и ответить на страхи друг друга своими сильными сторонами, своими ресурсами.

### **Наиболее эффективным для работы с парами признана техника циркулярного интервью**

Циркулярное интервью (от англ. circular interview — «круговое интервью») — форма терапевтической беседы, содержащая циркулярные вопросы и раскрывающая особенности семейного взаимодействия.

В отличие от прямых вопросов, принятых в индивидуальной терапии («Что Вы чувствуете? Что это для Вас значит? Что Вы думаете о Вашем муже?»), циркулярные вопросы являются более адекватными и информативными для работы с личными отношениями. В настоящее время выделяют огромное количество различных видов системных вопросов. Обобщая опыт нескольких школ семейной терапии, можно предложить следующий перечень циркулярных вопросов, раскрывающих характер семейного взаимодействия:

- прослеживающие вопросы (кто первый, кто и что затем сделал и т. д.): «Кто первый заговорил о невозможности сохранения беременности?»

- проясняющие вопросы (кто, что именно, когда, как и т. д.): «Что именно Вы ощутили, увидев две полоски на тесте?»
- вопросы на сравнение, выявляющие различия (лучше — хуже, больше — меньше, раньше — позже, чаще — реже, сильнее — слабее и т. д.): «Кто из вас двоих лучше находит общий язык с маленькими детьми?»
- гипотетические вопросы или вопросы о формировании возможности («Если бы так случилось, что...», «Что бы произошло, если...», «Предположим, что...»): «Предположим, ребёнок родится в период заграничной командировки Вашего мужа, кто сможет Вам помочь в первый месяц после родов?»
- триадические вопросы (ответы о чувствах, намерениях, мыслях другого человека): «Как думаете, обрадуется ли Ваша дочь Вашему декретному отпуску и тому, что Вы проведёте несколько месяцев дома?»
- вопросы на согласие — отрицание (кто согласен, кто не согласен, кто считает иначе, кто не хочет этого и т. д.): «Кто из вас согласен с тем, что для развития пары нужны совместные проекты?»
- вопросы на классификацию, ранжирование и процентиrowание (оценить в процентном отношении): «Оцените, пожалуйста, в процентах, какой объём дел по уходу за ребёнком Вы были бы готовы взять на себя?»
- вопросы о видении проблемы (для кого это проблема, для кого это большая проблема, в чём для вас состоит проблема): «Для кого из вас страх материальных трудностей является большей проблемой?»
- вопросы, ориентированные на решение, — коррекционные (в каких ситуациях проблема не проявляется; что было бы, если бы проблема вдруг исчезла; что получается хорошо уже сейчас и т. д.): «Когда бы Вы решили планировать беременность, если бы в данную минуту Вы были бы не беременны?»



## Пример использования циркулярного интервью [8]:

Т.: Складывается такое впечатление, что каждый из вас вчера сделал что-то, что привело к скандалу. Попробуйте оценить в процентном отношении вклад (вину) каждого.

М.: Мои — 10%, её — 90%.

Ж.: Мои — 30%, его — 70%.

Т.: Что входит в ваши 10 и 30%? Что каждый из вас вчера сделал, чтобы скандал обязательно случился?

М.: Ну, если только то, что я не сдержался, вышел из себя... Нужно себя лучше контролировать.

Ж.: Наверное, я была не права, что ушла ночью из дома.

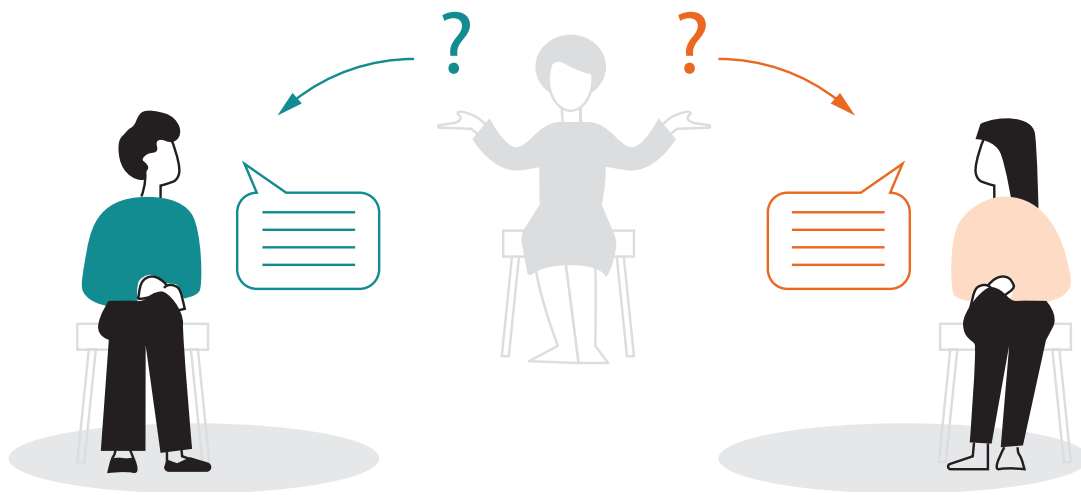
Т.: Предположим, вам вчера удалось избежать скандала: как бы это выглядело?

М.: Это трудно представить... Ну, может быть, я пришёл домой, жена покормила бы меня, сказала что-то хорошее, дала бы мне часик посидеть за компьютером, затем бы мы вместе посмотрели кино.

Ж.: Муж пришёл бы домой с работы, прямо сказал, что устал, попросил часик его не трогать, посидел бы за компьютером, затем сделал бы мне комплимент и устроил романтический вечер.

Приведённый пример наглядно показывает, что циркулярное интервью гораздо в большей степени, чем прямые вопросы, помогает членам семьи понять их общие проблемы и достичь большего согласия. Технология циркулярного интервью помогает успешно решать следующие терапевтические задачи:

- получить более полную и объективную информацию о семейных процессах в целом и каждом его участнике в отдельности;
- достичь «дереплексии» — возможности для каждого члена семьи посмотреть на ситуацию глазами другого человека;
- выявить и проследить повторяющиеся цепочки взаимных действий;
- оценить вклад каждого и повысить общую ответственность.



# Глава 5

## Медицинский аспект аборта. Виды аборт. Противопоказания. Возможные осложнения

В ходе консультации в ситуации репродуктивного выбора на этапе анализа рисков важно затронуть вопрос о медицинской составляющей аборта. Прогнозирование женщиной своего состояния в результате аборта невозможно осуществить без информирования женщины о физической процедуре аборта и его последствиях. Иногда те или иные потенциальные осложнения аборта заставляют по-новому посмотреть на решение о сохранении беременности. Например, женщина обратилась к психологу в ситуации репродуктивного выбора. Она в своей жизни планирует детей, но в этом году она выплачивает кредит и считает беременность несвоевременной. Если мы узнаём в ходе консультации, что женщина планирует «лёгкий», медикаментозный аборт и при этом у неё сахарный диабет, — здесь место для психологической интервенции. При сахарном диабете медикаментозный аборт не производят, соответственно, женщина должна рассчитывать на вакуумный или хирургический аборт с рисками повреждений или воспалительных заболеваний в органах малого таза, лёгкое течение её будущих беременностей ставится под вопрос. Нужен ли ей этот риск?

Важно, чтобы психолог не манипулировал медицинскими данными, запугивая женщину осложнениями, а предоставил наиболее полную информацию о процедуре аборта и возможных последствиях. Необходимо ответить на вопросы женщины о ходе аборта или рекомендовать ей повторно записаться к гинекологу и прояснить то, что она считает важным. Запугивание приведёт к обесцениванию позиции психолога и к утрате доверия к нему со стороны женщины. Однако владение адекватной медицинской информацией может привести к действительно продуктивному диалогу. Медикаментозный аборт: «А какой он для Вас по счёту? Знаете ли Вы о том, что несколько медикаментозных аборт подряд повышают онкологические риски в диапазоне ближайших 5 лет?» Распространённой

психологической защитой со стороны женщины, находящейся в сомнениях по поводу сохранения беременности, является её нежелание что-либо узнавать о ходе аборта и о его последствиях («Все делают — и ничего, живут дальше»). В этом случае рекомендовано дать ей с собой распечатанные информационные материалы на этапе завершения психологической консультации.

### Медикаментозный аборт (производится на сроке не позднее 7—8 недель гестации)

Медикаментозный аборт осуществляется путём приёма специальных таблеток (600 мг стероидного препарата «Мифепристон», французский аналог — «Мифегин», американский аналог — «Мифепрекс»), которые предупреждают выработку прогестерона в организме женщины. Без достаточного количества прогестерона плодное яйцо погибает. Через двое суток после приёма «Мифегина» пациентка принимает аналог простагландинов («Мизопростол» 600 мкг орально или «Гемепрост» 1 мг вагинально), чтобы запустить сократительную деятельность матки и отторжение плодного яйца. Таким образом происходит специально спровоцированный выкидыш.

Этот метод часто «рекламируют» врачи-гинекологи, так как в ходе медикаментозного аборта женщина избегает механических травм на шейке и стенках матки. Однако при снижении негативных последствий непосредственно для репродуктивных органов женщины в ходе медикаментозного аборта увеличиваются возможные системные риски на весь остальной организм женщины (так как происходит резкий перепад уровня гормонов, спровоцированный извне). Серия медикаментозных аборт в процессе жизни женщины увеличивает для неё риск онкологических заболеваний (как для репродуктивных, так и для остальных органов).

### **Противопоказания:**

- подозрение на внематочную беременность;
- печёночная недостаточность;
- надпочечниковая, почечная недостаточность;
- нарушение свёртываемости крови;
- применение антикоагулянтов;
- **сахарный диабет;**
- **миома матки;**
- аллергия на используемые препараты.

**! Особое предупреждение:** медикаментозный аборт нельзя проводить в домашних условиях без первичного обращения к врачу. Почему? Только врач-гинеколог с помощью аппарата УЗИ может подтвердить, что беременность маточная. Две полоски на тесте не дают уверенности, что плод находится в матке. Проводить медикаментозный аборт в ходе внематочной беременности запрещено. После употребления женщиной таблеток и отторжения плода только врач-гинеколог сможет удостовериться, что в матке не осталось частей плодного яйца. Если части плодного яйца остались в матке — мы говорим о неполном аборте и необходимо вакуумной аспирации.

### **Возможные осложнения:**

- неполный аборт, или несостоявшийся аборт, — проявляется в виде болей в нижней части живота. В данном случае применяется вакуумная аспирация;
- кровотечение — возникает в случае остатков продуктов зачатия в матке. Удаление осуществляется хирургическим путём;
- воспалительные заболевания половых органов женщины — их симптомами являются: неестественный запах из половых органов, боли в животе, кровянистые выделения, повышенная температура. Лечение осуществляется антибиотиками. В случае если воспалительные процессы связаны с остатками продуктов зачатия, назначается операция.

### **Вакуумная аспирация (также мини-аборт, производится на сроке до 7 недель гестации)**

Это методика прерывания беременности путём отсасывания (извлечения) плода при помощи вакуумного отсоса (аспиратора) со специальным назначением. Тонкий зонд вводится через шейку матки без её расширения и не травмирует женские органы. Во время осуществления вакуумной аспирации в матку внедряют тонкий катетер, который прикреплён к отсосу. В маточной полости создаётся отрицательное давление, плодное яйцо самопроизвольно отделяется и высасывается наружу. Вакуумная аспирация длится всего от двух до пяти минут и осуществляется при местной или же полной анестезии, наркоз длится несколько минут. После проведения вакуумной аспирации нужно пройти ультразвуковую диагностику, чтобы удостовериться в том, что ничего не осталось. При неполном аборте оставшиеся ткани отсасывают или выскабливают при помощи кюретки.

### **Возможные осложнения:**

- неполный аборт — это когда плод или часть плода остаётся в матке после вакуумной аспирации. С целью исключения таких случаев необходимо проводить УЗИ-контроль и наблюдаться у специалиста в течение одного-двух месяцев с момента аборта;
- воспалительные болезни половых органов.

### **Хирургическое прерывание беременности (после 8 недель гестации) — также острый кюретаж, а в обиходе — «выскабливание»**

В процессе хирургического аборта специалист сначала производит расширение маточной шейки, а потом выскабливает стенки матки женщины с помощью кюретки. ВОЗ относит этот способ прерывания беременности к категории с низкой безопасностью и рекомендует использовать его только в крайних случаях. Хирургический аборт проводят лишь в стационарных условиях с применением местной или общей анестезии. Канал шейки матки расширяют с помощью расширителей из металла (бужей). ВОЗ рекомендует использовать специальные средства для провоцирования произвольного раскрытия шейки матки, чтобы снизить риск её травматиза-

ции и образования в результате этого цервикальной недостаточности. После расширения шейки матки специалист выскабливает кюреткой эмбрион с плацентой и слизистой матки. В случае поздних сроков беременности для деления и извлечения частей плода может понадобиться дополнительный хирургический инструментарий. По информации ВОЗ, после хирургического аборта осложнения возникают в два-три раза чаще, чем после вакуумной аспирации.

### **Возможные осложнения:**

Степень риска возникновения осложнений после хирургического аборта зависит от срока беременности и качества выполнения манипуляции. Так, возможность перфорации маточной стенки повышается на 20% за каждые две недели срока беременности.

Ранними осложнениями (при осуществлении аборта или спустя одну неделю) являются:

- перфорация матки — её травмирование хирургическим инструментарием, образование в маточной стенке отверстия;
- гематометра — скопление крови в маточной полости в результате кровотечения после операции на фоне плохо проведённого гемостаза;
- острая потеря крови;
- неполный аборт — проявляется длительным кровотечением, плохой сокращаемостью матки и болезненными схватками, требует повторного хирургического вмешательства;
- разрывы шейки матки или надрывы участков влагалища — если не происходит ушивания разрывов маточной шейки, может возникнуть эктропион, шеечно-влагалищный свищ, а также истмико-цервикальная недостаточность.

### **Поздние осложнения:**

К поздним осложнениям (от одной недели до одного месяца) относятся:

- гинекологическая инфекция вплоть до сепсиса;
- эндометрит;
- метроэндометрит;
- сальпингоофорит;
- пиосальпинкс.

### **Отдалёнными осложнениями (позднее одного месяца) могут быть:**

- патологии менструального цикла;
- синехии внутри матки (синдром Ашермана);
- плацентарный полип;
- эндометриоз;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- патологии проходимости фаллопиевых труб;
- осложнения протекания последующей беременности;
- изоиммунизация (изосерологическая несовместимость) по Rh-фактору у женщин с отрицательным резусом. Данная резус-иммунизация наблюдается при искусственном прерывании беременности после 10 недель (после начала синтеза фактора) у 64,5% лиц женского пола после проведения хирургического аборта и у 48,8% после проведения вакуумной аспирации. С целью профилактики указанного осложнения осуществляют ввод антирезусного иммуноглобулина не позже 72 часов после окончания операции.

Аборт на сроке от 12 и более недель проводят только по медицинским или социальным показаниям (единственным социальным показанием является беременность в результате изнасилования). После 22 недель беременности хирургическое вмешательство в ход беременности именуют искусственными преждевременными родами или малым кесаревым сечением.

Перед искусственным прерыванием беременности пациентке необходимо пройти осмотр у врача-гинеколога, а также сдать следующие анализы:

- на ВИЧ-инфекцию;
- коагулограмму;
- общий мазок;
- анализ крови;
- анализ на хорионический гонадотропин;
- на RW (реакция Вассермана);
- на гепатиты вирусного характера В и С.

# Глава 6

## Постабортный синдром. Постабортный синдром как частный случай ПТСР. Определение ПТСР. Как проявляет себя ПТСР после аборта, как он меняет траекторию жизни женщины. Основы психологического консультирования при постабортном синдроме

Психологические последствия для женщины, прошедшей процедуру аборта, могут проявлять себя по-разному и в разной степени. Это могут быть:

- целые группы симптомов;
- одна, но серьёзная реакция;
- незначительные последствия;
- полное отсутствие последствий.

Самые распространённые симптомы: повышение тревожности, расстройство сна, кошмарные сновидения, уход в болезнь, полусонное состояние с периодами повышенной активности, алкоголизация, расстройство пищевого поведения, погружение в созависимые отношения.

В ходе за наблюдениями реакций женщин после аборта выяснилось, что эти реакции сходны с течением ПТСР, поэтому уместно считать аборт частным случаем ПТСР [7].

**ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство** — тяжёлое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся событий, оказывающих мощное негативное воздействие на психику индивида. Травматичность события тесно связана с ощущением собственной беспомощности из-за невозможности эффективно действовать в опасной ситуации. В более широком смысле событие можно назвать травмирующим, если оно вызвало разнообразные проблемы на уровне эмоций, поведения, а также физиологические симптомы.

Почему постабортный синдром сложно выявить и сложно предупредить его последствия? Перед процедурой аборта психологическое напряжение женщины резко возрастает (потому что достигает пика конфликт внутри женщины между сохранением беременности и отказом от неё), сразу после процедуры (когда уже ничего не нужно решать

и ничего нельзя изменить) напряжение на время падает. Именно в этой точке женщине и её окружению кажется, что с проблемой покончено. Однако действительные последствия для женской психики наступают позже, когда след аборта теряется или вытесняется сознанием женщины в область бессознательного. Таким образом, спустя некоторое время после аборта, у женщины может развиться комплекс симптомов, внешне не связанных с процедурой аборта или материнством (апатия, депрессия, ощущение беспомощности, повышенная тревожность, обсессивно-компульсивные симптомы). Если симптомы не связаны напрямую с процедурой аборта, как мы тогда определили их причину? Ответом будет клиническая практика: психотерапевты фиксируют улучшение состояния таких пациентов только после проработки темы аборта.

По статистике, 20% женщин ощущают психологические последствия аборта непосредственно после него, они могут отследить травматичность данной процедуры и симптомы ПТСР после неё [7, с. 140]. Ещё 60% ощущают последствия аборта через 5 лет после него и позже. Отсроченные последствия усугубляются по мере того, как некоторые аргументы, из-за которых было принято решение об аборте, оказываются ложными (например, отношения с партнёром, который требовал аборта, так и не сохранились, или учёба, ради которой был сделан аборт, не привела к построению карьеры).

### Как формируется постабортный синдром?

Незапланированная беременность вызывает в психике женщины сознательный или бессознательный конфликт по поводу её сохранения. Этот конфликт может пройти незамеченным, и женщина быстро примет своё решение. В иных случаях этот конфликт может быть острым: он мо-

жет быть маркером других глубоких конфликтов внутри женщины или в её отношениях с партнёром/окружением. Когда женщина принимает решение об аборте в условиях внутреннего конфликта, она принимает вынужденное решение, хотя и в условиях «свободы выбора». Вынужденность решения об аборте является миной замедленного действия. Женщина отказывается от одной части доводов в пользу других. Чаще всего эти доводы основаны на рациональных посылах, без учёта её чувств (доводы обстоятельств). Но именно чувства, оставшись за бортом в ходе принятия решения, создадут почву для постабортного синдрома. Многие женщины считают, что следовать собственным чувствам — это эгоизм, однако они не могут прогнозировать, какими проблемами (для всех участников её жизни) может обернуться её стремление игнорировать свои чувства.

Аборт представляет собой потерю ребёнка, частный случай перинатальной потери. Любая беременность с неблагоприятным исходом несёт риск возникновения ПТСР. Если бы речь шла о выкидыше или замершей беременности, женщина бы с большей вероятностью чувствовала себя вправе испытывать горе и обратиться за поддержкой к близким или психологу. Однако женщина, принявшая решение об аборте, не позволяет себе ощущать своё горе и запрашивать поддержку: ведь она сама этого хотела, это её выбор. «Запрещённое горе» [7], запрещённое самой себе, запрещённое в обществе, запрещённое модными течениями за свободу выбора, — это горе, которое не может проявлять себя и вытесняется из психики, оставляет на месте себя группу симптомов или один тяжёлый симптом. Симптом работает как компромиссное образование в психике, компромисс между тем, чтобы горе заявило о себе, и тем, чтобы оно осталось невидимым (психика не имеет ресурса лицом к лицу снова столкнуться с конфликтом по поводу сохранения ребёнка, с последствиями этого конфликта и с горем по поводу смерти ребёнка). Невыраженные чувства ложатся в основу многих психических расстройств. Резюмируя, выявим **факторы, приводящие к постабортному синдрому**:

1. Решение об аборте, принятое под давлением обстоятельств — внутренних или внешних. Ощущение беспомощности в борьбе с этими обстоятельствами.
2. Потеря контакта женщины с собственными чувствами. Запрет на горе со стороны близких, общества и самой себе.

3. Нет обращения за поддержкой близких или психологической помощью.
4. Развиваются симптомы ПТСР, с которыми женщина пытается справиться, но так как след аборта потерял или подвергся вытеснению, генезис симптомов остаётся невыясненным и работа с ними неэффективна.
5. Хроническое течение ПТСР.

Постабортный синдром может проявлять себя явно: самообвинение, злость на врачей, на партнёра, неспособность видеть беременных женщин или играть с детьми, сожаления о сделанном, душевная боль и тоска, желание как можно быстрее повторно забеременеть.

И неявно:

- усиление количества травматических ситуаций с участием женщины как её самонаказание;
- расстройства пищевого поведения как попытки контролировать своё тело;
- череда последующих беременностей и абортов как попытка обесценить свои переживания;
- повторяющиеся кошмарные сновидения;
- алкоголизация и другие зависимости как самодеструктивное поведение;
- суицидальные мысли как следствие тяжёлого депрессивного состояния и обесмысливания собственной жизни;
- погружение в деструктивные парные отношения как самонаказание;
- сохранение деструктивных парных отношений как сохранение связи с умершим ребёнком.

Аборт с большими или меньшими последствиями затрагивает 4 важные сферы в жизни женщины:

## Сексуальность

После процедуры аборта возможен резкий спад сексуального желания к партнёру со стороны женщины. Этот спад может распространяться и за пределы текущих отношений, если женщина находится в состоянии ПТСР и ощущает половой акт как потенциальный риск повтора травматиче-

ской ситуации аборта. Также после аборта женщина может начать обесценивать отношения мужчины и женщины и перейти к промискуитету или связям с женщинами.

## Материнская сфера

Женщина может потерять радость материнства с уже имеющимися детьми — их присутствие будет напоминать ей о потерянной беременности. Другим следствием может стать сильная тревога о жизни и сохранности уже имеющихся детей, женщина может превратиться в гиперпекающую и контролирующую мать. Также может появиться злость на уже имеющихся детей — они живы, а их брат или сестра в это же самое время мертвы.

Отложенными во времени, но не менее серьёзными являются проблемы с изменением отношения женщины к материнству в результате аборта. С одной стороны, женщина может заблокировать эту сферу и откладывать своё потенциальное материнство на годы, отказывая себе в этом опыте как той, которая не справилась с сохранением жизни ребёнка и не вызывает доверия у самой себя. С другой стороны, после аборта женщина может перейти к импульсивному желанию забеременеть. А как мы помним, аборт совершался под влиянием неподходящих для беременности обстоятельств. Соответственно, было бы продуктивно наладить течение жизни перед следующей беременностью или разобраться с проблемами в парных отношениях, если они стали причиной аборта. В данном случае навязчивое желание обзавестись ребёнком противоречит благополучию женщины и ребёнка, потому что оно сосредоточено вокруг борьбы с травмой, а не вокруг создания новой жизни.

## Физическое состояние

Аборт несёт риски для репродуктивного здоровья женщины, но это не единственная потенциальная проблема. В нормальном состоянии тело воспринимается человеком как целостное, способное справляться с болезнями и телесными нагрузками. Аборт, как любое оперативное вмешательство, наносит удар по самоощущению женщины в теле. Это вмешательство может восприниматься как внедрение, пробивание некоторых границ, отделяющих внутреннее телесное от внешнего воздействия, которые, будучи разрушенными, разрушают и гармонию пребывания женщины в

своём собственном теле. После аборта она может не узнавать своё тело или не узнавать свои новые реакции на привычные стимулы. Она может перестать доверять своему телу и начать искать симптомы болезней и недомоганий. И есть риск развития тревожного восприятия телесных симптомов и ипохондри.

## Образ себя, внутренняя целостность, самооценка

Отказ от ребёнка как отказ от части себя. С одной стороны, ребёнок — это физическая часть женщины. С другой стороны, ребёнок — это явление в психике женщины, по отношению к которому у женщины успели родиться фантазии, запуститься проекции, ожидания, в отношении этого ребёнка у женщины начала выстраиваться материнская роль, даже если решение было принято не в пользу сохранения беременности. Отказываясь от ребёнка, женщина отказывается от своей части, тем самым нанося себе удар по самоидентичности. Есть риски психотических ощущений или состояний по типу самораспада или неузнавания себя.

Ещё одним следствием для самоощущения женщины является возможная связь событий: «решение под влиянием обстоятельств/других людей => стойкое ощущение беспомощности => апатия перед новыми жизненными вызовами => выученная беспомощность». При непроработанном постабортном синдроме женщина может существенно изменить восприятие себя, уверенность уступит место восприятию себя как слабой и ненадёжной. В быденной речи в данном контексте мы употребляем слово «сломалась». Иногда, чтобы «сломалась» жизнь, достаточно, чтобы у человека «сломалось» восприятие себя как сильного, который справляется с трудностями и жизненными вызовами.

## Риски изменения траектории жизни женщины при наличии постабортного синдрома:

Незапланированная беременность => аборт => ПТСР/симптомы, которые вырабатываются в результате подавления чувства горя и вины => попытки выйти из ПТСР => попытки борьбы с симптомами => хроническая симптоматика либо излечение посредством психотерапии.

Рассмотрим возможное изменение траектории жизни на клиническом примере: девушка 21 года принима-

ет решение прервать беременность, чтобы доучиться последний год в вузе и защитить диплом. Она не хочет «потерять» в уходе за ребёнком год и взять академический отпуск, считая, что этот год предельно важен для её учёбы и дальнейшей карьеры. Это решение девушка принимает из ситуации текущей беременности, то есть из ситуации НАЛИЧИЯ ребёнка. Она примеряет всевозможные варианты разрешения ситуации в своей голове, но все эти гипотетические рассуждения ведутся, опять же, в ситуации наличия этого ребёнка. Девушка не может адекватно прогнозировать ситуацию потери ребёнка, потому что она не осознала его наличие. Она полагает, что её восприятие жизни просто вернётся вспять, к ситуации месячной давности. Но месяц назад процессы её проекций, идентификаций и работа материнской роли ещё не были запущены. А теперь они запущены. После процедуры аборта девушка не может попасть в состояние «никогда не ощущала себя матерью», она попадает в состояние «я начала становиться матерью, а теперь перестала». Она попадает в ситуацию перинатальной потери. С возможной потерей интереса к учёбе и студенческим посиделкам. Диплом уже не кажется таким важным. Девушка получает ряд симптомов расстройства пищевого поведения. И борьба с симптомами, а также обращение за профессиональной помощью у неё занимает какое-то время. Девушка тратит время, чтобы вернуться к здоровому самоощущению и вернуть себе интерес к учёбе, работе и дружеским встречам. Сколько времени займёт у неё весь цикл: год? два? больше? Сэкономила ли она время для карьеры, отказавшись от беременности? Мы привели здесь случай наличия явного постабортного синдрома — естественно, не у всех женщин он может раскрыться букетом симптомов и психологическими проблемами. Но даже риск в 20% заставляет нас рекомендовать всем женщинам в постабортном периоде работу с психотерапевтом.

## Психотерапевтическая работа с постабортным синдромом

Этапы:

**1. Самым важным в работе психолога с постабортным синдромом является опознавание проблемы**

След аборта часто потерян, а тот комплекс симптомов, которые может предъявить женщина на консультации, является типичным набором симптомов ПТСР. При этом само травматическое событие может теряться в биографии женщины: особенно если явные для женщины симптомы ПТСР начались намного позже непосредственного аборта. Мы рекомендуем в любой терапевтической работе с женщинами поднимать вопрос о перинатальных потерях.

**2. После опознания потери может потребоваться время для того, чтобы женщина опознала свои чувства по отношению к абарту и потерянному ребёнку**

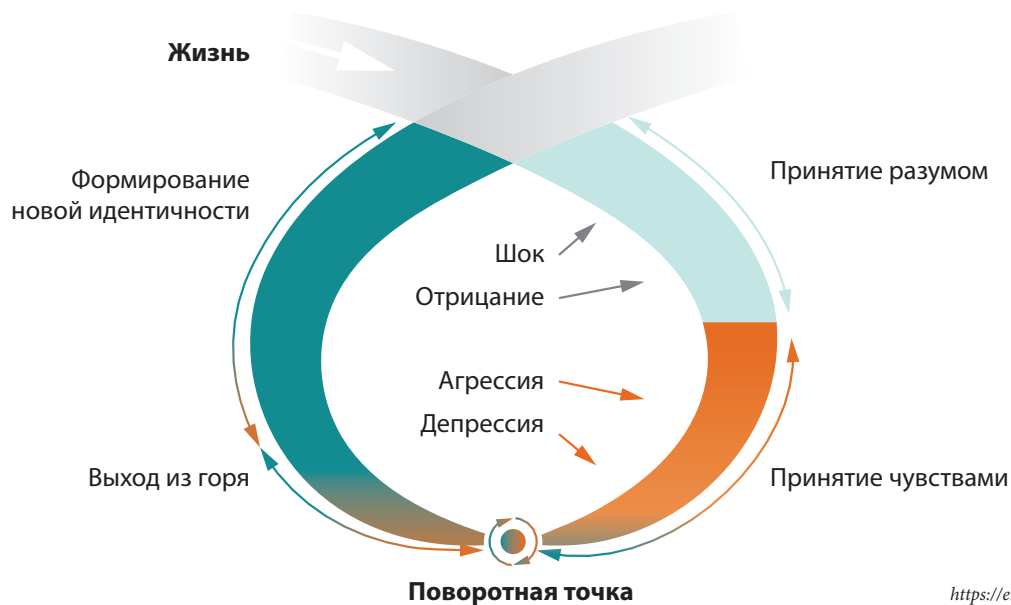
Отрицание и вытеснение (как защитные механизмы при травме) мешают женщинам сфокусироваться и «включить» свои чувства в этой области.

**3. Важно найти в диалоге с женщиной то, что было утрачено в результате аборта, кроме ребёнка**

Что это может быть? Надежды, физическая целостность, доверие к мужчинам, желание последующих детей, уверенность в себе, отношения с партнёром, тёплый контакт с родителями и т. д.

Аборт является травмой не только сам по себе: к решению об абрте женщину привёл конгломерат семейных обстоятельств и реакций на незапланированную беременность со стороны членов семьи. Отношение к незапланированной беременности может быть лакмусовой бумажкой текущих парных отношений, стадии близости между партнёрами и взаимного доверия. Травмировать женщину может вся реальность отношений и реакций, которая сопровождала принятие решения об абрте: поведение близких, которое она не могла предсказать, изоляция от неё со стороны партнёра, жёсткая позиция родителей или просто внезапная безответственность её партнёра («решай сама»), которая вскрылась для неё именно в вопросе об абрте. Резкое изменение жизни и реакций близких людей — вот что может травмировать женщину и вызвать последствия в виде симптомов и депрессии. Необходимость ревизии отношений со значимыми людьми на фоне потери ребёнка — сложнейшее испытание для психики женщины. Её картинка отношений и представление о реальности были разрушены. И это потеря.





<https://en.ppt-online.org/486167>

#### 4. Этап горевания, который проходит несколько стадий

Стоит отметить, что переживание горя не равно погружению женщины в мазохизм или самобичевание. Психотерапевт как раз призван помочь оплакать потерю без самодеструктивных тенденций со стороны пациентки. Работа горя вызывает на поверхность психики тяжёлые чувства и состояния, но только это может способствовать извлечению клиентки от симптомов ПТСР и от постоянной траты психической энергии на подавление воспоминаний и чувств, связанных с травматическим событием. Работа горя идёт последовательно, с возможными периодами «откатов», чередой депрессивных периодов и периодов здоровой психической активности. Работа с гореванием в ситуации перенесённого аборта требует от психолога глубокой внутренней готовности погружаться в тяжёлые чувства клиентки, с тем, что сама клиентка хочет избежать этого погружения и зачастую может предлагать для психологической работы именно симптомы ПТСР и требовать убрать симптомы без погружения в ситуацию потери ребёнка.

#### 5. Построение новой идентичности женщины с учётом проработки травматического опыта

Психическая реальность не вернётся к добеременному состоянию, но при этом она уже отойдёт от сценария отыгрыша травмы и ПТСР. Психическая реальность женщины будет сформирована заново на новых опорах. Тут важно проработать выученную беспомощность, созависимость, ощущение себя как слабой и обесценивание собственных чувств [9]. На данном этапе возможен пересмотр текущих парных отношений, в которых находится женщина. Они могут получить второе дыхание, так как перестанут быть перегруженными тяжёлыми чувствами женщины к потерянному ребёнку, её обвинениями (сознательными или бессознательными) в адрес партнёра. Если же отношения держались только на памяти об общем умершем ребёнке, то в этих отношениях уже не будет необходимости для женщины: она почтит память ребёнка и даст ей безопасное место в своей психической реальности. Если женщина пребывала в абьюзивных или созависимых отношениях, то у неё появится потенциал выйти из этих отношений или перестроить их с учётом собственных осознанных потребностей и задач.

# Глава 7

## Риски профессионального выгорания у психологов, работающих с ситуацией репродуктивного выбора. Психолог как звено цепи в системе поддержки женщины в ситуации репродуктивного выбора. Центры помощи женщинам в ситуации кризисной беременности

При постоянной работе с ситуацией репродуктивного выбора у психолога повышается риск профессионального выгорания. Почему так происходит? Психолог в данном случае имеет дело с кризисным консультированием: он не знает (если мы говорим о психологе ЖК или роддома), какая именно клиентка придёт на приём, он увидит её впервые, при этом эмоциональная заряженность этой консультации (вопросы жизни и смерти) будет зашкаливать. Если в стандартном консультировании есть периоды нарастания сопротивления клиента и спада сопротивления — в нашем случае зачастую в разовой и принудительной для женщины консультации психолог столкнётся с высочайшим уровнем сопротивления женщины и не застанет существенный спад сопротивления (это попросту невозможно в ходе одной встречи). Результат консультации в ситуации репродуктивного выбора тоже остаётся «за кадром» — женщина часто уходит на пике внутреннего конфликта (необходимость принять решение вызывает подъём напряжения, даже если разговор с психологом был наполнен эмпатией и смыслом). Женщина в такой ситуации не может толком дать обратную связь о том, как прошла встреча, она слишком поглощена своими эмоциями. Добавим к этому, что чаще всего в организации работает один психолог, то есть в течение дня психологу не с кем обсудить рабочие ситуации и получить обратную связь от коллег. Получаем полный список факторов, усиливающих риск выгорания:

- организация рабочего процесса не поддаётся контролю/планированию (кто, когда придёт и с каким запросом);
- результат работы не виден сразу;

- процесс консультирования наполнен сильными эмоциями и напряжением — риск ошибки ценой в человеческую жизнь;
- постоянное сопротивление клиентов;
- обособленность от коллег.

Как психолог может распознать своё начавшееся выгорание? Возможны потеря мотивации приходить на работу (сначала верил, что делаешь важное дело, а теперь начал сомневаться), обесмысливание своего труда, переход в энергосберегающий режим (эмоциональное дистанцирование от клиентки в ходе консультации, нежелание погружаться в её проблемы), стирание терапевтических границ (чрезмерная вовлечённость и дружелюбие в общении с клиентками), ощущение беспомощности в работе с темой аборта («всё равно большинство сделает аборт, какой смысл их консультировать»).

Работа из состояния выгорания вносит дополнительное напряжение в терапевтический процесс — это напряжение мешает точному реагированию на слова и невербальные сигналы женщины, переживающей кризисную беременность. Дополнительное напряжение мешает психологу отслеживать собственные эмоциональные реакции на клиента, мешает работе с этими контрпереносными реакциями и в итоге ускоряет процесс эмоционального истощения консультанта (его эмоции остаются неосознанными, невыраженными и непроработанными).

Самое обидное заключается в том, что нередко психолог начинает ощущать выгорание параллельно с набором опыта в этой трудной области консультирования. И женщины, приходящие на консультацию, нуждаются в его опыте. Нет никакой пользы в том, чтобы, допустим, на

место выгоревших психологов приходили новые: ситуация репродуктивного выбора очень глубокая и требует опыта работы именно с данной темой, каждый консультант в этой сфере на вес золота. Важно не потерять себя в этой трудной работе и остаться в ней со своим опытом и профессионализмом.

### **Способы профилактики выгорания:**

- Супервизии не реже одного раза в месяц.
- Личная терапия психолога — как до начала работы с темой репродуктивного выбора, чтобы исключить проекции («я сама сделала аборт в 19, и ничего ужасного со мной не произошло» или «моя сестра сделала аборт и осталась бесплодной, надо рассказать детально о медицинских последствиях, чтоб женщина испугалась»), так и в процессе работы с темой, если консультация с клиентом подняла личные эмоции психолога и они затопили его (агрессия к женщине или жалость).
- Консультирование клиентов и на другие темы (в ЖК или в частной практике), чтобы избежать заикливания на теме аборта.
- Соблюдение режима сна, питания, перерывов между консультациями. Дома — погружаться в семейные дела.
- Собирать обратную связь от женщин даже через значительные промежутки времени, помнить о благодарных вам женщинах, о том, как они сохранили ребёнка и счастливы этому.

### **Психолог как звено цепи в системе поддержки женщины в ситуации репродуктивного выбора**

Разговор с психологом перед планируемым абортom — поворотная точка в жизни женщины и в начавшейся жизни её ребёнка. К этой точке женщину вела дорога отношений (возможны разные варианты: недостаточное внимание к вопросу контрацепции в паре, бессознательное желание женщины проверить надёжность партнёра через его реакцию на беременность, бессознательное желание удержать отношения через общего ребёнка, желание проверить себя на репродуктивную состоятельность), и после встречи с психологом женщина пойдёт со своей уникальной историей по дороге отношений. Встреча с психологом — вежа

на её пути, но мы не знаем, как женщина решит поступить после этого разговора, и мы не можем её контролировать. Мы можем дать ей возможность изменить течение её жизни, если это требуется для сохранения беременности. Один разговор с консультантом не изменит течения реки: нужно гораздо больше помощи и поддержки для женщины, которая после череды сомнений решила сохранить незапланированную беременность. Факторы, приведшие женщину к размышлениям об аборте, скорее всего, никуда из её жизни не исчезнут: с ними нужно работать, для них нужно искать новые способы реагирования в психике женщины. Сохранение беременности как вызов себе и огромная внутренняя работа, под которую психолог помогает женщине выстроить систему поддержки. Речь о том, что психолог не просто отправляет женщину в неизвестность после своей консультации, а даёт ей возможность рассчитывать на продолжение терапии (после любого её решения в отношении сохранения беременности).

После аборта велика вероятность повторной беременности, поэтому именно после аборта так важно остаться в контакте с женщиной и помочь ей разобраться с её жизненными обстоятельствами и эмоциями. Если же беременность сохранена — больше, чем прежде, женщина нуждается в поддержке. Совместно с психологом она не только разбирается со своим внутренним конфликтом (который никуда не делся оттого, что она приняла решение), но и вырабатывает чуткость к своим потребностям и ищет способы их удовлетворять, что будет давать ей ресурс в противостоянии обстоятельствам (помешавшим ей радоваться наступившей беременности). Кроме внутренних ресурсов есть ещё и внешние: материальная помощь, помощь с проживанием, с питанием, одеждой, медицинская помощь. Психолог помогает своей клиентке построить план, за какой помощью и куда обратиться, возможно, учит её обращаться за помощью/разрешить себе обратиться за помощью. Идёт работа и над формированием группы поддержки: кто из окружения беременной готов разделить её тревоги и эмоции, кто готов её слушать и слышать, кроме психолога. Консультация в ситуации репродуктивного выбора — не случайная встреча в вагоне поезда, а возможность дать жизнь ребёнку и дать новую жизнь его матери, наполненную её личными, а не навязанными целями, её потребностями и её чувствами.

# Помощь женщинам в ситуации кризисной беременности



## «Аист на крыше»

Бесплатная горячая линия в ситуации кризисной беременности портала поддержки беременности и материнства «Аист на крыше». На линии работают дипломированные перинатальные психологи и специалисты по консультированию женщин в ситуации репродуктивного выбора. Звонки принимаются со всей территории РФ с 10:00 до 20:00.

**8-800-222-05-45**

**[www.proaist.ru](http://www.proaist.ru)**



## [sos-life.ru](http://sos-life.ru)

Сайт [sos-life.ru](http://sos-life.ru) содержит информацию об организациях, предоставляющих разные виды помощи на всей территории России: юридическую, продовольственную, материальную, психологическую, временное жильё, трудоустройство.

*Помогающие организации Санкт-Петербурга*

## Фонд «Родительский мост»



С 2002 года в фонде работает программа помощи женщинам с детьми до 3 лет, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, — «От отчаяния к надежде». Здесь мамам оказывают психологическую, социальную и материальную помощь.

У фонда есть собственный дом-приют рядом с г. Пушкином, в котором могут разместиться до 6 женщин и 12 детей. Приют «Родительского моста» низкопороговый. Это значит, что здесь могут проживать женщины с серьёзными заболеваниями, такими как СПИД или ВИЧ.

В приюте с женщинами работают психолог и социальный работник, помогая им пережить кризисную ситуацию, не разлучаясь с ребёнком.

**+7 (901) 316-16-69**

**[www.rodmost.ru](http://www.rodmost.ru)**

## «Каритас Петербург»



Ресурсный центр для беременных женщин, женщин и семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказывает экстренную материальную и социально-психологическую помощь.

Здесь женщине помогут вещами первой необходимости — медикаментами, средствами гигиены, продуктами питания, а также бесплатно предоставят услуги психологов, социальных работников, врачей. В центре оказывают помощь всем без исключения, независимо от этнических, религиозных, материальных и любых других различий. Единственное, помочь с проживанием не смогут.

**+7 (981) 755-45-10**

**[caritas-edu.ru](http://caritas-edu.ru)**

## Центр поддержки детства и материнства в кризисных ситуациях «Свет надежды»



Центр предоставляет женщинам с детьми возможность безопасного и бесплатного проживания в социальной квартире.

Здесь женщинам помогают восстановить документы и утраченные права на детей, оказывают юридическое сопровождение и психологическую помощь, а также помогают трудоустроиться и оформить детей в образовательные учреждения.

+7 (921) 413-38-81

[www.svet-nadezhdi.ru](http://www.svet-nadezhdi.ru)

## Проект «Мать и дитя» Мальтийской службы помощи



В первую очередь проект направлен на работу с кризисной беременностью и снижение числа аборт. Однако поддержку здесь смогут найти и мамы с детьми до 2 лет: им окажут социально-психологическую помощь, дадут юридические и психологические консультации, помогут найти и оплатить жильё на время кризисной ситуации.

+7 (981) 759-25-17

[Malteser-spb.ru](http://Malteser-spb.ru)

## Благотворительный фонд «Тёплый дом»



У фонда нет «кризисных квартир», но есть контакты различных приютов для женщин, с которыми им помогают связаться. Здесь женщины могут получить юридическую консультацию по жилищным вопросам, также им помогут заполнить документы на субсидии (если она им положена).

Финансовую помощь семьям в фонде не оказывают, но еженедельно проводят группы семейной поддержки для родителей и ребёнка.

+7 (812) 275-81-65

[domgdeteplo.ru](http://domgdeteplo.ru)

## Государственные учреждения

### Государственный «Кризисный центр помощи женщинам» [pomogaemmamam.ru](http://pomogaemmamam.ru) с тремя отделениями:



#### «Маленькая мама»:

первый в России приют для юных матерей (до 25 лет), которым негде жить. С девочками здесь работают воспитатели, психологи, врачи.

+7 (812) 376-74-91

Трамвайный просп., 15, корп. 4

#### «Женщина в опасности»:

временное проживание и помощь женщинам, подвергшимся насилию.

+7 (812) 373-67-71

«Специализированное отделение»: помощь женщинам (возможность пребывания до 4 часов и не более), зависимым от психоактивных веществ; женщинам без определённого места жительства; женщинам, освобождённым из мест лишения свободы.

+7 (812) 713-13-19

### Благотворительная организация «Помощь уставшим мамам»



Предоставляет помощь обученных нянь-волонтеров для женщин в состоянии послеродовой депрессии, для многодетных и одиноких мам. Выезд волонтеров в семьи, бесплатные психологические консультации для матерей от дипломированных психологов.

[vk.com/mom4mom](http://vk.com/mom4mom)

## Полезная литература:

1. Вар П. Личностные адаптации (Двери в терапию) // *Transactional Analysis Journal*, 1983, № 1. P. 11—19.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010.
3. Есипова Н. Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов. — М., 2008.
4. Коваленко Н. П. Перинатальная психология. СПб.: Ювента, 2000.
5. Куценко О. С. Аборт или рождение? Две чаши весов. Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и её семьёй в ситуации репродуктивного выбора. СПб., 2011.
6. Маркова Н. Мамочка, пожалуйста... — СПб.: Весь, 2013.
7. Могилевская Е. В., Васильева О. С. Перинатальная психология: психология материнства и родительства. Феникс, 2015.
8. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. Изд. 2-е, испр., 2003.
9. Пайнс Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. — Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997.
10. Перинатальная психология и психология родительства. Тематический выпуск // *Журнал практического психолога*. — 2003. № 4—5. Победитель национального психологического конкурса «Золотая Психея — 2000».
11. Сидоров П. И., Чумакова Г. Н., Щукина Е. Г. Перинатальная психология. СПб.: СпецЛит, 2015.
12. Смирнова Е. А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. — М.: 2013.
13. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — СПб., 1996.
14. Тереза Берк, Дэвид Риардон. Запрещённые слёзы. — СПб.: Фонд св. Дмитрия Солунского, Каламос, 2010.
15. Уиллке Дж. и Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. — Азбука здоровья, 2016.
16. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.
17. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006.
18. Эльбрух Д. Мариам... Почему ты плачешь? или Риск прерывания беременности и травма после этого // *life.orthomed.ru*
19. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

---

## Библиография

1. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения. 2018. <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>.
2. Simmonds, Katherine E., and Frances E. Likis. Providing Options Counseling for Women With Unintended Pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 34, № 3, May 2005, pp. 373—79. DOI.org (Crossref), doi:10.1177/0884217505276051.
3. Finer, Lawrence B., and Mia R. Zolna. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008—2011. *New England Journal of Medicine*, vol. 374, № 9, Mar. 2016, pp. 843—52. DOI.org (Crossref), doi:10.1056/NEJMsa1506575.
4. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2017 г. N 15-4/10/2-4792 «О направлении методического письма "Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности"». 2017.
5. Смирнова Е. А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. — М.: 2013.
6. Куценко О. С. Аборт или рождение? Две чаши весов / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и её семьёй в ситуации репродуктивного выбора. СПб.: 2-е переиздание, 2011. — 375 с.: с илл.
7. Берк Т. Запрещённые слёзы: О чём не рассказывают женщины после аборта / Т. Берк, Д. Риардон. СПб.: Каламос, 2010. — 352 с.
8. Змановская Е. В. Психология семьи: основы супружеского консультирования и семейной психотерапии: учеб. пособие / Е. В. Змановская. — М.: ИНФРА-М, 2017. — 378 с.
9. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А. Г. Чеславской. — М.: Независимая фирма «Класс», 2002. — 224 с.

*Об авторе*

### **Будылина Мария Михайловна**

Психолог, перинатальный психолог. Родилась в 1985 году во Владимире. В 2007 году окончила психологический факультет Санкт-Петербургского государственного университета. В 2010 году окончила Восточно-Европейский институт психоанализа. После окончания института 6 лет работала психологом в женской консультации N 32 г. Санкт-Петербурга, консультируя по вопросам репродуктивного выбора. Занималась проблемами бесплодия, невынашиваемости, вела психологическое сопровождение ЭКО. Понимая, что зачастую решение совершить аборт связано со сложными жизненными обстоятельствами, в 2017 году создала проект «Помощь уставшим мамам». С декабря 2017 года является руководителем горячей линии по поддержке женщин и мам в кризисной ситуации проекта «Аист на крыше».



**Аист на крыше**  
общественный проект

## **Проект «АИСТ НА КРЫШЕ»**

**Приглашает  
к сотрудничеству:**

**Общественные организации:**  
мы верим в силу гражданского общества!

**Средства массовой информации:**  
нам нужна широкая дискуссия!

**Научное сообщество:**  
нам нужен российский интеллект!

**Органы власти всех уровней:**  
это зона государственной ответственности!

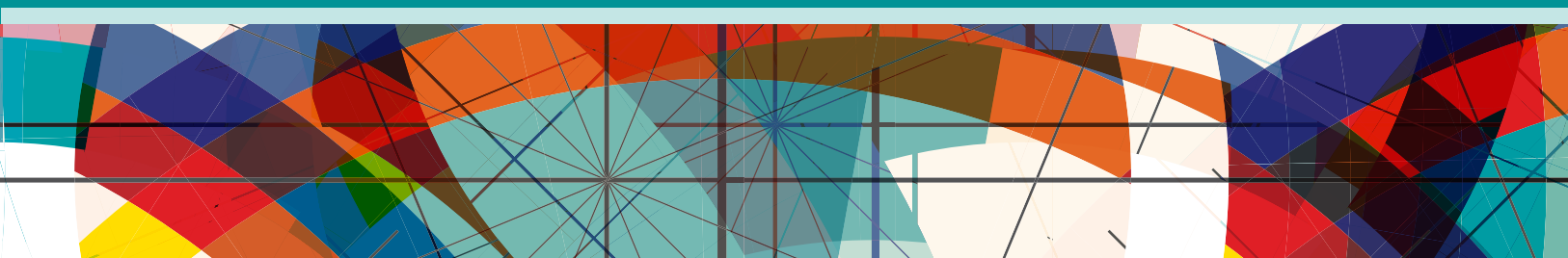
**Как с нами связаться**

**[www.proaist.ru](http://www.proaist.ru)  
[proaist@gmail.com](mailto:proaist@gmail.com)**



Аист  
на крыше

общественный проект



[www.proaist.ru](http://www.proaist.ru)