Смирнова Е.А.

Что нужно женщине, которая «уже всё решила»

Консультирование в ситуации кризисной беременности

Москва, 2013

Редакторы
Бачинина О.С., Руднева С.А.

Рецензенты
член-корреспондент РАО, д-р псих. наук , проф. *Слободчиков В.И.*

Смирнова Е.А.

Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. — М.: 2013

В настоящее время тема профилактики абортов приобретает все большую актуальность. Это связано с приоритетами в демографической политике России, а также с потребностью специалистов, работающих с женщинами, принимающими решение о сохранении или прерывании беременности, повышать свою профессиональную компетентность в сфере поддержки материнства.

Написано руководство практикующим психологом, выпускницей кафедры консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета Еленой Анатольевной Смирновой в качестве обобщения опыта работы Благотворительного фонда «Семья и детство», коллектив которого уже 10 лет оказывает комплексную социально-психологическую помощь беременным женщинам в трудной жизненной ситуации.

Издание адресовано социальным работникам, врачам-гинекологам, психологам, волонтерам и сотрудникам НКО — всем тем, кто участвует в непростом, но благородном деле — поддержке женщины в ее решении стать матерью.

Содержание

Глава 1. Материнство и аборт как демографические, социальные, медицинские и морально-этические явления

1.1. Связь поддержки материнства и снижения числа абортов с демографическим благополучием страны

1.2. Поддержка материнства как общемировая социальная тенденция

1.2.1. Помощь беременным женщинам в кризисной ситуации (зарубежный опыт)

1.2.2. Отечественный опыт поддержки кризисных беременных

1.2.3. О базовых этических ценностях профессии врача в контексте медицинского вмешательства по прерыванию беременности

Глава 2. Кризисная беременность

2.1. Материнство: биологические и психологические представления, формирование материнства во время беременности, влияние аборта на материнство

2.2. Понятие и критерии кризисной беременности. Факторы кризисной беременности

Глава 3. Аборт как деструктивный выход из кризисной беременности

3.1. Анализ причин абортов

3.2. Социально-психологические аспекты аборта

3.3. Последствия аборта

3.4. Аборт по медицинским показаниям

3.5. Аборт у несовершеннолетних

Глава 4. Стратегия помощи. Взаимодействие помогающих специалистов

4.1. О позиции врача при общении с женщиной в ситуации кризисной беременности

4.2. Врач и социально-психологическая служба: разделение ответственности и возможности взаимодействия

4.3. Общая стратегия работы при оказании помощи женщине в ситуации кризисной беременности

4.4. Цели консультирования и сопровождения при кризисной беременности. Варианты выхода из кризиса

4.5. Особенности психического состояния женщины в период принятия решения о прерывании/сохранении беременности. Специфика взаимодействия

Глава 5. Рекомендации по работе с основными категориями кризисных беременных

Приложение 1. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 56. Искусственное прерывание беременности

Приложение 2. Л.С. Серегина, С.Н. Лазаренко. Последствия медикаментозного аборта

Приложение 3. И.Ю. Малюченко. Предупреждение эмоционального выгорания у специалистов, консультирующих беременных женщин в трудной жизненной ситуации

Литература

Уважаемые коллеги!

Мы обращаемся к тем специалистам, которым по роду профессиональной деятельности так или иначе приходится сталкиваться с беременными женщинами, в силу каких-то обстоятельств, по тем или иным причинам вынужденными решать для себя непростую дилемму — сохранить беременность или сделать аборт.

Мы надеемся, что материалы данной брошюры помогут различным специалистам (социальным работникам, психологам очных консультативных служб и телефонов доверия, сотрудникам и волонтерам некоммерческих организаций, акушерам-гинекологам, медицинским сестрам, врачам УЗИ) за то короткое время, что женщина находится у них на приеме или консультации, лучше распознать эмоциональное состояние беременной женщины, раздумывающей об аборте, правильно выстроить беседу с ней, найти и вовремя задать тот самый нужный вопрос, который поможет женщине поделиться самым сокровенным и принять осознанное и взвешенное решение.

Если к врачу обращается женщина с просьбой дать направление на аборт, очень часто за её, как может показаться на первый взгляд, твердым и окончательным решением избавиться от беременности скрывается масса невысказанных страхов, тревог, опасений, сомнений, не говоря уже об элементарной неосведомленности, неинформированности, незнании.

Безусловно, подробная медицинская информация о возможных последствиях аборта для женского здоровья будет ей очень полезна. Равно как и открытое информирование о внутриутробном развитии ребенка с возможностью увидеть фотографии эмбриона, соответствующие её сроку беременности. Но в не меньшей, а, может быть, и в большей степени эти женщины нуждаются в доброжелательном, участливом собеседнике, который внимательно выслушает, что-то разъяснит, поможет развеять внутренние страхи и тревоги, что-то посоветует. В идеале таким доброжелательным собеседником может стать психолог. Но чаще всего эти женщины по определенным причинам до психолога так и не доходят. И первым профессионалом на их пути оказывается врач женской консультации. Практика показывает, что нередко даже одной доверительной, искренней беседы с беременной женщиной бывает достаточно, чтобы женщина, разобравшись со своими сомнениями и опасениями, приняла осознанное решение о сохранении беременности.

Основная часть брошюры представляет собой обобщение 10-летнего практического опыта работы, накопленного психологами-консультантами Фонда «Семья и детство» (Москва).

Вряд ли кто-то станет спорить с утверждением, что эффективное решение проблемы профилактики абортов должно быть системным, комплексным: это и законодательные инициативы определенной направленности, это соответствующие изменения в экономической и социальной политике государства, создание отдельных структур и целой системы государственных и общественных учреждений, оказывающих социально-психологическую, а при необходимости материальную и юридическую поддержку беременным женщинам.

Но пока политики, экономисты, демографы и социологи азартно спорят между собой, сотни женщин сегодня и ежедневно оказываются перед выбором: сохранить имеющуюся у них беременность или… Женщины не могут ждать, пока выйдет хороший закон, улучшится экономическая ситуация в стране, откроются нужные учреждения.

Многим из них мы можем помочь уже сегодня — своим грамотным, искренним и доброжелательным участием, вниманием, советом.

Если Вы хотите более профессионально и эффективно оказать женщине такую помощь — эта брошюра для Вас!

Вопрос поддержки материнства и детства — это одна из самых острых проблем в современной России.

Демографическая ситуация в стране остается сложной и неоднозначной, а потребительское отношение к жизни, наркомания, алкоголизм и другие социальные беды вытесняют из сознания людей традиционные представления о любви, ответственности за ближних, за настоящее и будущее своей страны.

Поддержка семьи, материнства и детства — это важная общенациональная задача, и от её решения будет зависеть, кто и как будет жить в ближайшие годы в стране.

Директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Доктор медицинских наук

Леонид Михайлович Рошаль

ГЛАВА 1

Материнство и аборт как демографические, социальные, медицинские и морально-этические явления

1.1. Связь поддержки материнства и снижения числа абортов с демографическим благополучием страны

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

Для любого здравомыслящего цивилизованного человека очевиден и бесспорен факт, что всякая беременная женщина нуждается в поддержке, заботе, внимании, защите со стороны членов семьи, ближайшего окружения, государства в целом.

Но есть особая категория беременных, мы их называем «кризисными беременными» — это те женщины, которые по тем или иным причинам оказываются на пороге жестокого выбора и начинают склоняться к мысли о том, что возможным выходом из их кризисной ситуации может стать решение о добровольном отказе от чуда материнства. И выход этот они видят для себя в аборте.

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

Не прослеживается прямой связи проблемы абортов с периодом радикальных экономических реформ 1990-х гг. Более того, в последнее

десятилетие XX века произошло самое заметное снижение числа абортов — почти в 2 раза (с 4,1 до 2,1 млн. в 2000 г.)

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

В 2008 г. было произведено 1,26 млн. абортов. А в 2007 г. впервые за 50 лет число рождений превысило в России число абортов.

Тем не менее, по разным источникам от 50 до 60% беременностей все же заканчиваются абортом, а общая численность ежегодных абортов превышает 1 млн.

Из отчета советника Президента «Деловой России»
Алексея УЛЬЯНОВА. 22 Ноября 2010

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

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

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

Проанализировав рождаемость и смертность в стране, в 2006 году правительство России пришло к выводу, что если в ближайшие пять лет не предпринять ничего кардинального, последствия демографического кризиса обернутся прямой угрозой национальной безопасности, экономике и всему госу-

дарству. Вопросы низкой рождаемости и отсутствии материальной поддержки семей с детьми стали рассматриваться как основные причины кризисной демографической ситуации.

Поэтому к 2007 году был подготовлен и принят закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», согласно которому была введена материальная мера поддержки семей, решившихся на второго, третьего и более детей. За всю историю Российского государства ничего подобного не вводилось, да и ни в одной стране мира нет таких законопроектов. Принятый нормативный акт (вступивший в силу с 1 января 2007 года) предоставляет право на материнский капитал в размере, ежегодно устанавливающимся государством (в 2007 году эта сумма составляла 250 тысяч, в настоящее время, с учетом индексации — более 300 тысяч рублей), семьям, в которых, начиная с 1 января 2007 года, родились или были усыновлены вторые или последующие дети. Средства этого капитала могут быть направлены на улучшение жилищных условий семьи, на оплату обучения ребёнка и на пополнение пенсионных накоплений матери.

Количество российских семей, получивших от Пенсионного фонда России сертификат на материнский капитал, превысило 4 млн. Более 1 млн. из этих семей частично или полностью погасили этими средствами жилищные кредиты на сумму 343 млрд. рублей. ПФР получил 46 тысяч заявок на обучение детей, общая сумма запросов составила 2,3 млрд. рублей. Семьи подали 1 тысячу 260 заявок на перевод средств на накопительную часть будущей пенсии матери; совокупный запрошенный объем средств — 231 млн. рублей.

Согласно закону «Об охране здоровья граждан РФ», который вступил в силу с 1 января 2012 года, каждой женщине, решившей прервать беременность, даются «дни тишины» — от 48 часов до семи суток с момента обращения в медицинское учреждение (см. Приложение 1. Статья 56 Закона «Об охране здоровья граждан РФ»). Предполагается, что за это время женщина взвесит все «за» и «против», сможет получить консультацию психолога и других специалистов и примет более обдуманное и взвешенное решение. Выполнение этого закона в практике работы медицинских учреждений могло бы способствовать снижению числа абортов.

Все это свидетельствует о том, что наше общество хоть и очень медленно, но неуклонно продвигается в направлении от умалчивания или дискуссий по данной острейшей проблеме к обозначению конкретных шагов и осторожному реальному их воплощению.

1.2. Поддержка материнства как общемировая социальная тенденция

1.2.1. Помощь беременным женщинам в кризисной ситуации (зарубежный опыт)

Мировой опыт оказания помощи беременным в кризисной ситуации насчитывает уже более 40 лет, практически одновременно со временем легализации абортов (в 60-х — 70-х гг. XX в.).

В некоторых штатах США, в странах Скандинавии и других вскоре после легализации абортов появляется государственная служба помощи беременной женщине в кризисной ситуации (беременной женщине, которая в силу каких-либо трудностей находится в состоянии выбора, делать или не делать аборт). Труд социального работника и психолога, который беседует с женщиной после того, как она заявила о своем желании прервать беременность, там оплачивает государство. Но в этой сфере велика роль и общественных, церковных организаций, а также частных лиц. Например, в Соединенных Штатах Америки существует почти 4000 центров помощи беременным женщинам и около 3000 групп, выступающих в защиту жизни (по информации Дж.Уиллке).

Фактически существуют три типа центров:

1. Центры, оказывающие психологическую и социальную поддержку беременным женщинам в кризисной ситуации. Помощь является конфиденциальной. Тем женщинам, которые решаются на аборт только из-за трудных материальных обстоятельств, можно помочь, оказав финансовую помощь. В благотворительных пунктах беременные женщины могут получить все необходимое: бесплатную медицинскую помощь, справочную литературу, одежду для младенцев и для беременных, детскую мебель, коляску, запас детского питания, игрушки. Женщине помогают найти подходящее жилье и работу, составить апелляцию на государственное пособие, получить образование, в случае необходимости женщине предоставляется помощь социального работника из числа штатных сотрудников организации или из числа добровольных помощников. Эти центры предоставляют всё, что нужно, чтобы помочь женщине выносить ребёнка.

2. Дома для постоянного проживания беременных. (Среди христианских центров поддержки беременных они называются Домами Богоматери.) В специальных социальных гостиницах или же в семьях добровольцев беременная женщина с материальными проблемами или же, к примеру, несовершеннолет-

няя, которую к аборту принуждают родители, может бесплатно жить до рождения ребёнка и некоторое время после. Во многие из этих домов женщина может вернуться с ребёнком и оставаться до тех пор, пока она не сможет жить самостоятельно.

3. Центры по оказанию помощи после аборта. Одни действуют в оборудованных офисах, другие консультируют после аборта в других, менее формальных условиях. Обычно в таких центрах работают один или два квалифицированных социальных работника, и, помимо этого, от 10 до 50 добровольцев.

Существуют круглосуточные телефоны доверия по вопросу кризисной беременности. После такой беседы с психологом, или даже просто после теплого разговора с готовым помочь человеком женщины часто меняют своё решение.

В Западной Европе и США женщина может воспользоваться этой помощью главным образом через церковь, выступающую в защиту жизни, или через местное подразделение организации по защите жизни (например, организация «Право на жизнь»). Существуют также государственные учреждения (в США это International Life Services и Heartbeat International.)

Составные элементы программ поддержки материнства и семьям с детьми в Европе

Во Франции, стране с самой высокой рождаемостью в континентальной Европе, существует государственная программа «Большая семья», которая адресована многодетным семьям. Эта программа существует с 1921 года и в рамках общей государственной политики по стимулированию рождаемости предлагает многодетным семьям субсидирование и льготы. Многодетным семьям предоставляются налоговые льготы. Каждый следующий ребёнок уменьшает налогооблагаемую базу, так что семьи с четырьмя детьми практически вообще не платят налогов. Распространяется льгота на всех граждан вне зависимости от достатка, даже на миллионеров.

В Германии право на получение детского пособия имеют все граждане Германии, имеющие детей, проживающих совместно с ними: это 154 евро на ребёнка (если их в семье от одного до трех детей) и 179 евро — на каждого последующего.

В Швеции весьма существенное прогрессивное пособие получают многодетные семьи, размер которого возрастает с рождением очередного ребёнка. При этом если заработная плата родителей не достигает прожиточного минимума, то многодетной семье начисляется дополнительное пособие для опла-

ты жилья, детских дошкольных учреждений или специальных талонов на продукты питания.

В Финляндии всем родившим в Финляндии женщинам, независимо от их гражданства, государство дарит так называемый пакет для новорожденного. Этот «пакет» содержит все, что требуется новорожденному в течение первого года жизни. Общая стоимость такого «пакета» — несколько сотен евро.

В Чехии каждый рожденный ребёнок уменьшает на год возраст выхода его матери на пенсию.

1.2.2. Отечественный опыт поддержки беременных женщин в кризисной ситуации

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

Тем не менее, в работе немногочисленных организаций, занимающихся этой проблемой, можно выделить два направления:

1. Просветительская работа.
2. Комплексная социально-психологическая помощь женщинам в ситуации незапланированной беременности.

В 1992 году начал свою работу по распространению информации об абортах Православный медико-просветительский центр «Жизнь». В 1996 начала просветительскую работу организация «Право на жизнь и защиту», руководитель — акушер-гинеколог Ирина Сергеевна Калашникова, мать пятерых детей. Сначала в Москве, а потом и других городах (Иркутске, Петербурге), в Брянской, Тюменской и других областях появились организации, занимающиеся издательской, лекционной работой и социально-психологической помощью беременным. В Архангельской, Белгородской, Самарской, Новосибирской областях эта деятельность поддерживается местными органами власти. Создаются общественные организации, например, Костромская областная общественная организация поддержки материнства и детства. В некоторых областных центрах открываются центры кризисной помощи беременным, где работают психологи, социальные работники, юристы, в структуре некоторых подобных центров есть даже приюты или отделения временного пребывания для кризисных беременных или женщин с новорожденными детьми. Так, в «Центре защиты материнства» «Колыбель» (г. Иваново) есть приют для временного проживания в нём 7-ми женщин и 7-ми младенцев, в кризисном от-

делении Центра социальной помощи семье и детям (г. Оренбург) также могут временно проживать 5–7 женщин с младенцами.

В 2000 году в одном из роддомов Москвы инициативной группой психологов, врачей и социальных работников была начата работа по оказанию комплексной социально-психологической помощи беременным женщинам, находящимся в кризисной ситуации. В дальнейшем, по инициативе и под руководством Светланы Алексеевны Рудневой в 2002 г. был основан Благотворительный фонд защиты семьи, материнства и детства, а в 2003 г. — Благотворительный Фонд «Семья и детство», в рамках работы которого данная деятельность была существенно расширена. На настоящий момент консультирование по вопросам незапланированной беременности ведётся сотрудниками Фонда в трех пунктах при медицинских учреждениях, по телефону кризисной линии 8-800-100-44-55, через Интернет-формы (ICQ, интернет-сайты, электронную почту). За время работы Фонда более двух тысяч беременных женщин получили в кризисной ситуации необходимую социальную и психологическую помощь и приняли решение о сохранении беременности. Сейчас они счастливые матери.

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

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

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

Часто в нашем обществе женщина, ждущая ребёнка, не получает поддержки от окружающих, а, напротив, оказывается в плотном кольце агрессивно на-

строенных родственников, коллег и подруг, твердящих ей: «Зачем тебе лишние хлопоты? Зачем плодить нищету? Несчастной будешь и ты, и ребёнок!» В подобных случаях женщине может быть достаточно встречи хотя бы с одним человеком, относящимся к ней с участием и пониманием, чтобы её материнское чувство вновь возродилось.

И совсем не обязательно, чтобы этот специалист оказался психологом, гораздо важнее, чтобы это был грамотный, отзывчивый человек, умеющий слушать.

1.2.3. О базовых этических ценностях профессии врача в контексте медицинского вмешательства по прерыванию беременности

Основная цель работы врача — забота о здоровье пациента. Врач должен предпринять все доступные ему необходимые действия для излечения болезни и сохранения жизни обратившегося к нему *за помощью* человека. Именно эти базовые ценности создают и поддерживают уважение и доверие к медицине в общественном сознании.

Если обратиться к буквальному переводу, то слово аборт означает «обрыв», «прерывание». То есть речь идет о внезапном *прерывании зарожденной и развивающейся жизни*. Тот факт, что этот термин закрепился именно за медицинским вмешательством, является лишь общественным соглашением, договоренностью.

На сегодняшний день прерывание беременности является законным и может быть произведено врачом по решению беременной женщины. Отметим, что правовые нормы в отношении абортов в реальной медицинской практике зачастую входят в конфликт: с одной стороны — отчетность по количеству произведенных абортов, ответственность врача за те или иные осложнения беременности, а с другой стороны — право пациента на информированное согласие на проведение любого медицинского вмешательства или лечения. Таким образом, характер поведения врача по отношению к беременной пациентке является, в конечном счете, результатом *личного выбора* самого врача:

— выступает ли врач с инициативой прерывания беременности при общении с потенциально «проблемной» беременной, которую можно наблюдать, но у которой есть риск осложнений,

— насколько тщательно оценивает риск осложнений у женщины и патологии у ребёнка, сопоставляет ли этот риск с возможностью нормального течения беременности и рождения здорового ребёнка, излагает ли результаты об-

следований при «проблемной» беременности односторонне (описывая только опасности) или знакомит её со всеми возможными исходами (как негативными, так и позитивными), помогая женщине оценить степень опасности и принять решение,

— насколько полно и подробно информирует женщину о степени сформированности ребёнка на данном сроке беременности, ходе операции, возможных осложнениях, как непосредственных, так и долговременных, о возможности психологических проблем и т. д.

Врачу следует учитывать, что его отношение к аборту как к обыденному явлению, сформированное в течение длительной работы во многом за счет того, что он уже произвел множество абортов, часто неосознанно транслируется женщине и может восприниматься ею даже как давление. Для врача его пациентка — одна из многих, его личностное, эмоциональное отношение к беременности изменяется и, к сожалению, притупляется в связи с большим потоком пациенток. В результате особенностей обучения студентов-медиков формируется зачастую излишне «биологизированное», «анатомизированное» восприятие внутриутробного ребёнка (что совершенно не так для беременной матери). Наблюдаемые врачом случаи неблагоприятного течения беременности, осложнения и прочие тяжелые впечатления вынуждают его становиться эмоционально защищенным, спокойно относиться к сложностям и трагедиям, которые разыгрываются на его глазах. Это отчасти нормальная человеческая реакция, предохраняющая от психического перенапряжения. Однако следует помнить, что для каждой конкретной женщины её *беременность и зачатый, развивающийся ребёнок являются уникальными и ценными*, и не переходить ту грань, за которой нормальная защитная реакция психики превращается в равнодушие, безразличие, черствость.

Опишем наиболее типичные ситуации, в которых врач неосознанно и без злого умысла может оказывать давление на женщину в принятии решения об аборте.

1. Врач, сообщая о беременности, задает женщине вопрос по формуле: «Будете рожать или хотите прервать беременность?». Врач в таких случаях может руководствоваться рядом соображений социального, экономического, медицинского плана (наличие у женщины одного ребёнка и более, ранняя или, напротив, поздняя беременность, плохое финансовое положение женщины, её социальное неблагополучие, наличие заболеваний, которые могут осложнить течение беременности и пр.), да и просто соблюдать некий «этикет». Однако ему следует знать и помнить о том, что озвученный им в подобной ситуации

вопрос о прерывании беременности делает субъективное восприятие женщиной её проблем более тяжелым, мрачным и фактически воспринимается ею как подтверждение её страхов со стороны авторитетной фигуры. Врач не должен заводить с беременной пациенткой разговор об аборте до тех пор, пока она сама об этом не спросит. Исключение составляют только те случаи, когда беременность напрямую и однозначно угрожает жизни женщины, и для неё нет возможности выносить и родить ребёнка. Во всех других случаях *инициатива в обсуждении возможности прерывания беременности должна исходить только от женщины*, независимо от личного представления врача о целесообразности рождения ребёнка в данных обстоятельствах.

2. К врачу приходит женщина с просьбой дать ей направление на аборт. Врач, как правило, ограничивается лаконичным сообщением о том, что «возможны осложнения» и выписывает направление. Поведение врача в подобной ситуации базируется на законодательных нормах и представлении, что женщина вправе самостоятельно принять решение об аборте и не подвергаться осуждению и давлению. Однако практика психологического консультирования показывает, что женщина, идущая за направлением, подсознательно зачастую ожидает контраргументов со стороны врача. Многие женщины, сделавшие аборт, через некоторое время начинают сожалеть о том, что им не помешали совершить этот шаг. Дело в том, что мысль об аборте является для женщины «выразителем» её жизненных сложностей, которые после аборта не разрешаются сами собой. Беременная женщина, находящаяся в кризисе, на самом деле нуждается не в беспрепятственном и легком осуществлении своего намерения, а в указании путей помощи для разрешения имеющихся у неё проблем. Оптимальным в подобной ситуации поведением врача будет подробное информирование пациентки о последствиях аборта (в ситуации нехватки времени — предоставление информационных материалов, брошюр), направление на психологическое консультирование с целью обсуждения и облегчения имеющихся личностных и семейных проблем, информирование о возможности получить социальную помощь, а также предоставление хотя бы одного-двух дней для того, чтобы женщина смогла переосмыслить своё решение в свете новой информации.

3. Врач дает направление на аборт, коротко предупреждая, что «могут быть последствия и осложнения». Остановимся подробнее на вопросе о полноте информирования пациентки о последствиях аборта. Как правило, врач ограничивается лишь лаконичным предупреждением о возможной травматизации детородных органов, о бесплодии, как достаточно частом осложнении

при прерывании первой беременности. Такое поведение врача связано с потоком пациенток, нехваткой времени на длительную беседу с каждой из них и представлении о том, что более тщательное и подробное информирование будет выглядеть как «уговоры» и давление, что нарушает гарантированное действующим законодательством право женщины принять решение об аборте. Однако эта лаконичность и «нежелание вторгаться в сферу принятия личного и свободного решения» вступает в конфликт с *законодательно закрепленным правом пациента на информированное согласие* на любое медицинское вмешательство. Информированное согласие в ситуации решения об аборте пациентка может дать только в том случае, если ей на самом деле, а не формально предоставлена соответствующая информация в необходимом объеме и понятной форме. (С целью экономии времени можно использовать заранее укомплектованные информационные брошюры). Всю эту информацию, в том числе эмоционально тяжелую, следует предоставить женщине, обдумывающей возможность прерывания беременности, так как эти сведения, привычные для врача, могут быть неизвестными женщинам (зачастую даже тем женщинам, которые уже сделали один и более абортов). Возможно, многие из тех, кто прибегал к этой операции, считая, что она проста, безопасна и избавляет женщину от «комочка клеток» в матке (это в 10–12 недель!), отказались бы от аборта, если бы были достаточно полно информированы. Таким образом, лаконичность и либерализм врача в разговоре об аборте на деле вынуждает женщин принимать чрезвычайно важно решение практически вслепую.

4. У беременной женщины есть какие-либо медицинские проблемы, которые могут привести к осложнениям при беременности и родах или сказаться на здоровье ребёнка. Врач в таких случаях обязан проинформировать пациентку о выявленных проблемах. Однако следует также сообщить ей о том, насколько велик риск осложнений, дать сведения о медицинских вмешательствах и лечении, которые могут быть ей предоставлены. Вопрос об аборте может обсуждаться только после того, как он будет поднят по инициативе женщины (см. выше, п. 1). Врачу следует иметь в виду, что только констатация имеющихся нарушений, сообщение об опасности без информирования о возможностях оказания медицинской помощи создают у женщины гораздо более мрачное и безвыходное представление о собственном состоянии. Заметим, что риск нарушений и гарантия негативного исхода продолжения вынашивания ребёнка — это разные вещи, что и должно быть донесено до сознания женщины. Следует также обратить внимание на тот факт, что аборт также не является абсолютно безопасным. *Только при этих условиях женщина сможет*

принять действительно осознанное решение, взвесив все «за» и «против», все возможности на основании полной и разносторонней информации. Ответственность за последствия сохранения беременности при таком подходе будет лежать на самой женщине. Она вправе принять собственное решение — рисковать или не рисковать — и нести за него ответственность, ведь речь идет о её здоровье и её ребенке. Врач в этом вопросе должен занимать позицию компетентного консультанта, который представляет полную многостороннюю информацию. В тех случаях, когда женщина пытается добиться от врача готового решения — оптимальным будет направление её на психологическое консультирование.

5. Вопрос об аборте ставится при консультировании беременной женщины, происходящей из социально неблагополучной среды. Очень велика вероятность того, что мать не сможет обеспечить ребенку должный уход и воспитание, возникают понятные опасения, что ребёнок вырастет асоциальным человеком. Особенно эти опасения возрастают, если женщина выражает негативное отношение к своей беременности. Естественные человеческие опасения врача в таких случаях как бы дают женщине «разрешение» на аборт, подталкивают её к этому решению. В этом случае подход врача к пациентке должен быть таким же, как и к другим женщинам, — медицинским. Врачам следует помнить о том, что они — медики, а не сотрудники социальных или правоохранительных служб. Они отвечают за здоровье пациентов, а не за то, как сложится дальнейшая жизнь женщины и судьба её ребёнка. Заметим, что гарантии неблагополучного развития ребёнка при рождении в социально неблагополучной семье нет, есть только повышенная вероятность. Однако в истории известны случаи происхождения весьма достойных людей из социально неблагополучной среды. Зарубежные исследования (Дж. Уиллке) показывают, что первоначально негативное отношение женщины к беременности не ведет напрямую к жестокому обращению с ребёнком и прочим патологиям воспитания, как и факт желанной беременности в социально благополучной среде не дает гарантии, что мать (семья) ребёнка будут должным образом заботиться о нем. Рождение ребёнка может «образумить» асоциальную мать, в то время как аборт чаще всего усугубляет её поведение. Кроме того, врач, ведя любую беременность и принимая роды у любой, даже социально благополучной здоровой женщины, не может быть уверенным, что он помогает появиться на свет хорошему человеку и добропорядочному гражданину. Это невозможно предугадать, есть множество факторов, влияющих на ребёнка по мере развития. *Эта проблема выходит за медицинские рамки, и врачу следует помнить о грани-*

цах своей компетентности. Жестокое обращение с детьми, воспитание асоциальных подростков и пр. — это недоработка не системы здравоохранения, а других органов. Оптимальным поведением по отношению к социально неблагополучной беременной является медицинская позиция (наблюдение, сопровождение, помощь), дополненная подчеркиванием ответственности материнства, признанием её душевных сил, которые могут помочь стать хорошей матерью, а также информированием о возможностях получения психологической и социальной помощи (возможно, поддержка в налаживании контакта с организациями, оказывающими подобного рода услуги).

6. На наш взгляд, важным моментом в плане профессиональной и общечеловеческой этики является предоставление врачу гарантированного законом права отказаться от производства аборта по личным этическим или религиозным соображениям.

ГЛАВА 2

Кризисная беременность

2.1. Материнство: биологические и психологические представления, формирование материнства во время беременности. Влияние аборта на материнство

Когда, в какой момент женщина становится матерью? Что такое материнство? Это слово употребляется в двух различающихся значениях.

В узком смысле, с биологической и социальной точки зрения, материнство означает наличие у женщины детей, то есть она становится матерью при рождении первого ребёнка. Однако материнство не является лишь социальным и биологическим явлением. Материнство в широком смысле — желание иметь детей, отношение к семье и детям вообще и к своим собственным детям — это часть психологической сферы женщины, основанная на её личности, моральных и ценностных установках.

Если материнство в узком смысле означает факт наличия ребёнка у женщины, то материнство в широком смысле подразумевает способность и готовность женщины устанавливать со своим ребёнком отношения, заботиться о нем. *Материнство* в широком смысле, как субъективная реальность (то, какой матерью будет именно эта женщина, как она будет относиться к детям и вести себя по отношению к ним) *начинает формироваться задолго до того, как у женщины появляется ребёнок*, и продолжает меняться и развиваться после рождения ребёнка (детей) по мере его роста, в течение всей жизни с ним.

Мы будем говорить о материнстве в широком смысле, поскольку именно оно является важным с точки зрения специфики воспитания ребёнка, детско-родительских отношений, семейной гармонии и, в конечном счете, социально-психологического благополучия ребёнка и семьи. Здесь же коротко изложим основные сведения относительно влияния аборта на семейные и детско-родительские отношения. Эти сведение необходимы практикующему врачу для построения конструктивного взаимодействия с пациенткой и понимания тех глобальных и часто необратимых последствий, к которым может привести легкомысленное отношение к аборту со стороны как беременной женщины,

так и врача. Ведь беременность — это не только физиологический процесс, а аборт — не просто операция.

В норме стремление к деторождению и материнству заложено в женской природе на уровне инстинкта. Кроме того, становление материнской сферы происходит под влиянием опыта жизни в родительской семье, общения с собственной матерью (семейный фактор), а также при опоре на распространенные в обществе, культурно утвержденные представления о материнстве (макросоциальный фактор).

При своевременном и гармоничном развитии материнской сферы к тому времени, когда женщина узнает о своей первой беременности, она в целом внутренне (эмоционально, морально, ценностно) готова стать матерью своему ребенку и взять на себя те обязанности, заботы и ограничения, которые связаны с рождением и воспитанием ребёнка. Более того, для благополучной с этой точки зрения женщины естественным будет воспринять известие о беременности с радостью. Однако по опыту работы с беременными женщинами мы видим, что такое отношение к беременности и скорому рождению ребёнка является редким. Почему? Обратимся к тому, что в современном российском обществе представляют собой семейные и макросоциальные факторы, которые влияют на формирование материнской сферы.

Прежде всего, следует отметить, что большинство современных семей малодетны, чаще всего в семье есть 1–2 ребёнка. Многие женщины выросли в семьях без братьев и сестер. Семьи родственников, как правило, живут изолированно друг от друга. Это приводит к тому, что первый новорожденный ребёнок, с которым сталкивается большинство современных женщин, — её собственный младенец. Она не представляет себе, кто такой маленький ребёнок, не знает, как с ним обращаться, как за ним ухаживать (или владеет информацией об этом, но своего опыта все же не имеет), а неизвестное чаще всего вызывает у человека тревогу. Можно по-разному относиться к многодетным семьям на основании различных критериев, однако неоспоримым является такой факт: люди, выросшие в многодетных семьях, лучше представляют себе жизнь с ребёнком, имеют хотя бы небольшой собственный опыт по уходу за новорожденным. В результате они могут гораздо эффективнее справляются с ролью родителя.

Женщина, которая была единственным ребёнком в семье, склонна преувеличивать трудности, которые ей предстоят в воспитании ребёнка, представлять их себе не как естественный ход жизни, а как нечто очень сложное, требующее от неё фантастических усилий и финансовых затрат, практически

невыполнимое. Кроме того, большинство современных женщин, в силу вышеописанных причин, воспринимает беременность и роды не как естественные физиологические процессы, а как нечто непонятное и очень опасное. Многие просто боятся родов.

В связи с этим чувство тревоги, растерянности является закономерной реакцией на первую беременность. Заметим, что *речь в таких случаях идет не об истинном нежелании иметь детей, а о несформированности, незрелости материнской сферы,* субъективном восприятии себя как неготовой к роли матери. Эта первая спонтанная реакция совершенно не означает, что женщина не сможет стать хорошей матерью, не полюбит своего ребёнка. Большинство женщин, обсуждающих с врачом возможность прерывания беременности, аргументирующих это намерение примерно так: «Я ещё не готова к этому, мне пока рано иметь детей», *нуждается в моральной поддержке, помощи в осознании и преодолении многочисленных страхов* (чаще всего, не вполне соответствующих действительности) *и мероприятиях, направленных на укрепление материнской сферы* (например, индивидуальное психологическое консультирование или группы по подготовке к родам), *а не в направлении на аборт*.

Теперь остановимся на закрепившихся в современном массовом сознании представлениях о деторождении и семье. В нашем обществе активно пропагандируется «свободный секс», «сексуальная самореализация». Половые отношения представляются как неотъемлемая часть жизни, а человек, практикующий воздержание (особенно если он старше 20–25 лет) воспринимается как обделенный и ущербный. При этом контрацептивные средства являются совершенно доступными (в том числе и для подростков), а аборт — привычное и обыденное средство для «исправления случайности». Отметим, что сейчас можно найти очень мало семей, в которых хотя бы в одном поколении не совершались аборты.

Фактически речь идет о том, что ценности семьи и деторождения заменяются на ценности «жизни в своё удовольствие». Серьезное и ответственное отношение к браку, рождению и воспитанию детей объявляется «старомодным», и воспринимается многими людьми брачного и детородного возраста как «обуза», ненужные и неоправданные сложности.

Для современных женщин социальная и профессиональная самореализация, построение карьеры становится более важным занятием, чем роль жены и матери. Многие женщины не видят для себя возможности гармоничного совмещения семейной и профессиональной сфер. В силу доступности контрацепции и аборта даже те женщины, которые категорически не хотят иметь де-

тей (вообще или на данном этапе жизни), не считают необходимым разумное воздержание от половых контактов. Женщины (в том числе несовершеннолетние), решившие, что они не родят случайно зачатого ребёнка, рассчитывают на контрацепцию и оставляют для себя возможность аборта как «крайней меры». Многие злоупотребляют этой «крайней мерой» и прибегают к ней в течение нескольких раз даже в возрасте до 30 лет. Во многом это происходит из-за того, что женщины не владеют правдивой информацией о контрацептивных средствах и аборте. Производители и продавцы контрацептивных средств, по понятным причинам, представляют свою продукцию как более надежную, чем она есть на самом деле, а врачи, дающие направление на аборт и проводящие его, зачастую не информируют женщину в полной мере о характере и последствиях этого вмешательства, в связи с нехваткой времени, основываясь на убеждении, что это личное право женщины — решать такие вопросы, или не желая причинить женщине психологическую травму.

Совокупность таких факторов, как разрушение ценностей семьи и деторождения, пропаганда «свободных» половых связей, воспитанного в нескольких поколениях легкомысленного отношения к аборту и отсутствие полной и правдивой информации, приводит к тому, что аборты стали массовым явлением.

Таким образом, доступность аборта и непросвещенность женщин в данной проблематике, непонимание ими серьезности этого шага и его последствий *способствуют обесцениванию материнства* и семьи (со всеми вытекающими последствиями), а *также замедлению или остановке в развитии материнской сферы на стадии незрелого состояния*, что зачастую приводит к родительской некомпетентности.

Получается, что на сферу материнства влияет уже сама возможность совершения аборта. Что же происходит с материнской сферой женщины, которая имеет аборт (-ы) в личном опыте? Как влияют аборты на жизнь семьи?

Изложенные далее сведения являются обобщением, с одной стороны, психологических данных, а с другой — клинического опыта. Эмпирических исследований и статистической обработки результатов авторами не проводилось. Однако мы считаем, что ознакомление с данным текстом и осмысление проблемы с этой стороны будет полезным врачу, имеющему возможность дать направление на аборт.

В то время, когда аборты были легализованы, медицинскому сообществу не были известны отдаленные социально-психологические последствия абортов. Да и этические дискуссии о том, с какого же момента считать зарождение новой жизни, в ту пору были не так активны. На момент легализации аборты,

возможно, помогали решать ряд социально-экономических проблем общества и отдельной семьи, однако предугадать масштаб деструктивных последствий массовой доступности аборта — тех последствий, с которыми столкнулось современное общество — было вряд ли возможно. На сегодняшний день отдаленные, косвенные последствия абортов уже достаточно проявились, в связи с чем необходимо пересмотреть отношение к аборту, его допустимость и целесообразность в свете новых данных.

Несмотря на остроту проблемы, наблюдается ощутимый дефицит отечественных исследований, посвященных изучению влияния аборта на психическое состояние женщины (а, следовательно, на социально-психологическое благополучие семьи и моральную атмосферу в обществе в целом). Излагая эти данные, мы опираемся на зарубежные исследования (В. Пултавская, Дж. Уиллке), а также на общие сведения психологии детско-родительских отношений.

Для того чтобы сделать аборт, женщина сначала должна согласиться с тем, что ребёнок, который уже зачат, не родится, должна вычеркнуть его из своей жизни или воспринять его так, как будто его и не было. Фактически эти действия являются внутренним, психологическим убийством ребёнка. Разные женщины затрачивают на это разное количество сил и времени в зависимости от развитости материнской сферы, но в той или иной степени это делает каждая женщина, даже та, у которой, казалось бы, совсем нет материнских чувств. Повторяем, материнство глубоко укоренено в женской природе, и *решение об аборте является противоестественным*. Для того чтобы принять такое решение, нужно подавить инстинктивное стремление к материнству. Это сделать тем легче, чем менее зрелой является материнская сфера. А чем менее зрелой является материнская сфера, тем более сильными бывают пагубные последствия аборта.

Аборт повреждает материнство и порождает чувство вины (см. «Психологические последствия» в разделе «Последствия аборта»), что патологизирует детско-родительские отношения и разрушает психологическую атмосферу в семье. Наиболее типичными негативными последствиями являются:

1. **Остановка в развитии материнской сферы, слабость материнских чувств** (особенно характерно для женщин, совершивших аборт в молодом возрасте, не имевших до этого детей, и женщин с асоциальным поведением). Воспитание детей требует от женщины определенных усилий — о ребенке нужно заботиться, давать ему любовь и тепло, проводить с ним время, покупать одежду, еду, игрушки и т. п., в том числе, при необходимости, отказывая в чем-то себе. Женщина с развитыми материнскими чувствами берет на себя

тяготы воспитания с радостью, а иногда — просто с пониманием того, что это необходимо и по-другому не может быть. Женщина с неразвитой или поврежденной материнской сферой воспринимает заботу о ребенке часто с раздражением, обвиняет и упрекает его в том, что она тратит на него силы и деньги; возможно проявление со стороны матери агрессии в адрес ребёнка или воспитание по типу «безнадзорности». Очевидно, что такое поведение матери нарушает психическое развитие ребёнка и ведет к неблагополучию в психологической сфере. Мать и ребёнок не получают удовольствия от общения друг с другом, часто находятся в конфликтных отношениях. Дети, выросшие у таких матерей, впоследствии «платят им той же монетой» или вовсе разрывают отношения. Особо следует отметить, что *наибольший риск подобных постабортных изменений существует у женщин, ведущих* в той или иной степени *асоциальный образ жизни*, так как их материнская сфера, как правило, бывает слабой. Но если до аборта у такой женщины, при надлежащей поддержке, есть все возможности для развития полноценного зрелого материнства и формирования ответственного родительского поведения, то уже после одного аборта наступление описанных выше последствий будет почти неизбежным (труднопреодолимым даже при специальной помощи). С каждым последующим абортом состояние женщины ухудшается.

2. **Перенос агрессии с нерожденного на рожденных детей.** Случается, что после аборта у женщины меняется отношение к уже имеющимся в семье детям. Мать, продолжая заботиться о них, становится холодной или раздражительной и агрессивной. Исчезает или уменьшается теплота к детям, естественное желание заботиться о них. Во многом это объясняется тем, что аборт субъективно является очень агрессивным действием. Агрессия, которая была допущена женщиной по отношению к внутриутробному ребенку, может, помимо сознательных стремлений и установок, распространяться и на рожденных детей. Кроме того, чувство вины, вызванное абортом, может не переживаться в нормальном виде — в форме скорби и самоупреков, а переходить в агрессию (холодно-пренебрежительное и сдержанно-негативное, неодобрительное отношение является агрессией в пассивной форме). Эта агрессия направляется, прежде всего, на беременных женщин и детей. Женщина, переживания которой пошли по подобному пути, не способна оказать поддержку другой женщине (в том числе, своей дочери) в ситуации кризисной беременности.

3. **Чувство вины, деформированное в повышенную тревогу за ребёнка.** Чувство вины, возникающее при аборте, может модифицироваться. Одна из возможных модификаций — восприятие рожденного ребёнка как очень хруп-

кого, подверженного разного рода болезням, несчастным случаям и т. д. Мать при таком восприятии ребёнка испытывает сильную тревогу за его благополучие, стремится все время контролировать его состояние, старается не отпускать его от себя. Подобная родительская тревога приводит к формированию особого стиля воспитания — гиперпротекции (гиперопеки) и симбиоза с ребёнком. Такие матери стараются провожать ребёнка во все места, которые он посещает, тщательно контролируют его знакомства, оберегают от возможных сложностей и, фактически, лишают возможности пробовать свои силы, развивать самостоятельность и самоконтроль. Многие из них, испытывая повышенную тревогу за здоровье ребёнка, водят его к врачам по поводу любого, даже незначительного, недомогания, оберегают от физических нагрузок и закаливающих процедур, чем вредят физическому развитию ребёнка и провоцируют у него формирование ипохондрических черт характера. Дети таких матерей вырастают тревожными и ранимыми, несамостоятельными и, возможно, болезненными, испытывают значительные сложности в социальной адаптации в силу отсутствия опыта, а также в установлении отношений с ровесниками (потенциально и с супругами) в силу чрезмерно близкой, симбиотической связи с матерью.

4. **Нарушение отношений с мужем (другими родственниками).** По прошествии некоторого времени после аборта некоторые женщины раскаиваются в том, что совершили этот поступок, описывают своё состояние как «временное помешательство». Скорбь о ребенке может сопровождаться сильным гневом на тех, кто не удержал её от этого шага, не поддержал в достаточной мере, не предупредил, не запретил или, наоборот, уговорил или заставил сделать аборт, — то есть на мужа (отца ребёнка) и/или других родственников. Это создает атмосферу отчужденности и враждебности в семье, аборт также может стать причиной ссор и упреков. Совершенно очевидно, что ребенку, живущему в такой атмосфере, трудно гармонично развиваться, устанавливать отношения, основанные на доверии и привязанности, сохранять душевное равновесие и уверенность в себе. Подобные проблемы, скорее всего, приведут к сложностям в создании собственной семьи. Нужно подумать также и о том, что в такой семье страдают все, а не только ребёнок.

5. **Психологические последствия для детей.** Нужно заметить, что дети часто знают об абортах, совершенных матерями. Во многих семьях эта тема обсуждается (если не с маленьким ребёнком, то с повзрослевшим, особенно с дочерью). Кроме того, ребёнок может знать или догадываться о беременности матери и видеть, что потом она «как-то стала не беременна». Впоследствии подросток или

взрослый человек вполне может установить, как именно это произошло. Можно выделить следующие типы реакции на аборт, совершенный матерью:

а) Спонтанное недоверие к матери, опасения, связанные с её образом. Если ребёнок знал или догадывался о беременности, то непонятно, куда мама дела братика или сестренку. Кроме того, ребёнок может чувствовать постабортные изменения личности матери, её вину или враждебность и реагировать на них растерянностью или страхом.

б) «Синдром выжившего» — чувство вины перед погибшими братьями и сестрами, неотчетливые опасения за себя, ощущение небезопасности, выражаемое по формуле: «А ведь это могло бы случиться и со мной!» (особенно характерно для семей, где 1–2 ребёнка родились «между» множественными абортами).

в) Обесценивание серьезности аборта. К взрослому (брачному и детородному) возрасту человек подходит с убеждением, что аборт — это обыденность («Все так делают»). С таким отношением часто бывает связано безответственное сексуальное поведение, «легкое» совершение абортов (женщины) и подталкивание к аборту, оказание психологического давления на женщину в кризисной беременности (женщины по отношению к другим женщинам, мужчины по отношению к беременным от них женщинам).

Описанные явления могут смешиваться и переходить один в другой со временем.

6. **Влияние аборта, совершенного матерью, на развитие материнской сферы её дочери.** Женщина всегда, даже при конфликтных отношениях, стремится сохранить в своей душе позитивный образ матери, оправдать её неблаговидные поступки, даже если сама от них страдала. Это естественная защитная реакция, так как мать является одним из самых значимых и дорогих людей, а образ матери — опора в собственном материнстве. В связи с этим девочка, знающая, что её мать совершила аборт, зачастую вырабатывает в себе защитно-легкомысленное отношение к беременностям и абортам. Если её мать решилась на этот шаг после тяжелых раздумий, то для дочери аборт будет, скорее, чем-то обыденным — легким и доступным способом решения возникшей проблемы, а не трагедией. В практике консультирования возникает изумление при виде того, с какой легкостью многие женщины решаются на аборт из-за ряда вполне преодолимых текущих сложностей. Чаще всего в таких случаях в беседе выясняется, что женщине известно, что её мать делала аборт (-ы), и теперь она не видит в этом ничего особенного.

Как мы видим, аборт имеет множество отдаленных последствий, которые связаны не только с судьбой женщины, его совершившей, но и затрагивают жизнь всей семьи, детей, создают среду для крайне неблагоприятных социальных явлений, хотя и может создать видимость благополучия или способствовать временному облегчению сложностей.

2.2. Понятие и критерии кризисной беременности. Факторы кризисной беременности.

Кризисная беременность — это беременность, которая объективно (сопровождается выраженным соматическим, 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*:

— негативное отношение к беременности со стороны самой женщины (в той или иной степени выраженное желание прервать беременность);

— негативное отношение к беременности со стороны кого-либо из близкого окружения (муж, родители и т. д.) женщины (оказание давления в принятии решения о прерывании беременности);

— несовершеннолетний возраст беременной;

— внешние препятствия (наличие у женщины финансовых, социально-бытовых, жилищных и т. п. проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за ребёнком;

— медицинские осложнения протекания беременности (наличие у женщины соматического или психического заболевания, риск (реальный или мнимый) ухудшения состояния здоровья во время беременности, тяжелое протекание беременности, обнаружение риска патологии у плода, наличие в анамнезе как минимум одного прерывания беременности, аборт по медицинским показаниям).

Угроза прерывания может быть выражена в разной степени.

Латентная (скрытая) угроза прерывания — имеется как минимум один из вышеперечисленных критериев, но женщина не высказывает желания / намерения прервать беременность. Подчеркнем, что речь идет хоть и о скрытом, но все же имеющемся риске прерывания, в связи с чем специалисту, консультирующему такую женщину, следует очень чутко и внимательно отнестись к её жизненной ситуации и душевному состоянию, по возможности работая на предотвращение усиления угрозы прерывания.

Актуальная угроза прерывания — женщина высказывает сомнения в целесообразности рождения ребёнка; описывает сложности, связанные с этим событием; высказывает надежды и опасения, связанные с позитивными или

негативными изменениями в её жизни, которые могли бы повлиять на её решение о сохранении / прерывании беременности.

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

Отметим три важные закономерности, связанные со степенью риска прерывания беременности:

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

2) переход латентной угрозы прерывания беременности на уровень актуальной угрозы или в намерение прервать беременность может происходить *на любом сроке беременности* (известны случаи, когда женщины приходили к такому решению на сроке 20–24 недели!); вот почему к состоянию женщин из «группы риска» следует относиться предельно внимательно и поддерживать с ними неформальный, личностный контакт;

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

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

— психологические (внутриличностные, межличностные, супружеские)

— социально-психологические (социальные стереотипы, внебрачная беременность, давление среды и т. п.)

— социально-экономические (материально-бытовые жизненные условия, финансовое положение, асоциальность, миграция и т. д.)

— медико-психологические (соматические и психические заболевания женщины, обнаруженные риски патологии плода и т. д.)

Очевидно, что аборт не является объективной необходимостью. Решение о прерывании беременности складывается путем совокупного действия ряда факторов и является негативным, деструктивным выходом из кризисной беременности.

ГЛАВА 3

Аборт как деструктивный выход из кризисной беременности

3.1. Анализ причин абортов

Во-первых, о контрацепции. Больше половины женщин, идущих на аборт, использовали контрацептивные средства. Разные, в том числе современные, считающиеся надежными. Беременность все равно возникла. Не предохраняются в основном люди из асоциальных слоев. Часто не предохраняются подростки, несмотря на доступность средств. Также подросткам свойственно предохраняться «небрежно».

По опыту многочисленных консультаций можно сказать, что для многих контрацепция становится своего рода ловушкой, которая ведет к аборту. Как это происходит? Человек считает, что использование контрацептива дает ему 100% гарантию. Если на фоне контрацепции все же возникает беременность — такая беременность чаще всего прерывается. Женщина говорит, что, если бы знала, что такой гарантии нет, может быть, и воздержалась бы (особенно характерно для подростков; молодых людей, не состоящих в браке; при супружеских изменах), так как «не очень-то и хотелось», или предохранялась бы более тщательно, использовала бы несколько методов — с «перестраховкой». К деторождению женщина не чувствует себя готовой и видит только один выход — прервать беременность.

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

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

Ниже приводится таблица, содержащая основные категории случаев из практики предабортного консультирования.

Типология случаев из практики предабортного психологического консультирования (из опыта работы Фонда «Семья и детство», по материалам Бачининой О.С.)

Типичные случаи	Основные жалобы и причины
Женщины (часто замужние), имеющие маленьких детей (1–1,5 года) *** Две трети беременностей, наступивших в первый год после родов прерываются абортом**	1) физическая усталость от маленького ребёнка; 2) социальная изоляция, недостаток социальных контактов; 3) возможное материальное напряжение семьи, в связи с отпуском по уходу за ребенком; 4) недостаток поддержки и помощи с первым ребёнком; 5) установка на определенную возрастную разницу между детьми; 6) недовольство ненадежностью способов и средств контрацепции (по типу смещения агрессии на ребёнка, рационализации).
Семья, имеющая двух и более детей	1) возможные материальные и жилищные трудности; 2) давление общественных стереотипов восприятия многодетности; 3) жесткие установки относительно количества детей в семье.
Одинокая беременная женщина	1) страх не выйти замуж в дальнейшем; 2) давление родственников; 3) материальные проблемы или жилищная зависимость от родственников; 4) давление общественных стереотипов; 5) недостаток поддержки и помощи с первым ребёнком (если он имеется)
Зачатие до брака (является проблемой особенно в семьях патриархального типа, например, у некоторых народов)	1) страх не выйти замуж в дальнейшем; 2) желание скрыть отношения до брака от будущего супруга и/или его родственников; 3) психологическая и обусловленная культурными традициями зависимость; 4) «двойные стандарты» в обществе, при которых развивается внутренний конфликт; давление общественных стереотипов; 5) реальная угроза физического насилия и расправы над женщиной или отцом ребёнка.

Типичные случаи	Основные жалобы и причины
Женщина, не уверенная в надежности мужчины/мужа. Поверхностность отношений с отцом ребёнка. Отсутствие продолжения отношений с отцом ребенка и поддержки от него	1) опасение разрыва отношений с мужчиной с появлением ребёнка; 2) переживание разрыва отношений с мужчиной; 3) нежелание иметь ребёнка без мужа, без семьи; 4) давление родственников (страх их реакции на известие о беременности), подруг; 5) жесткая установка: «ребёнок должен быть только желанным»; 6) страхи изменения социально-психологической роли и статуса («стать матерью»); 7) ощущение некомпетентности и неготовности к роли матери; 8) нежелание оставлять работу или страх прерывать обучение; 9) недовольство ненадежностью средств контрацепции (по типу смещение агрессии на ребёнка, рационализации); 10) неразрешенный супружеский конфликт (при наличии брака); 11) недостаток социальной поддержки (семьи, друзей).
Психологическое давление на беременную (от пассивного до резко агрессивных угроз и шантажа) родственников или отца ребёнка	1) зависимость женщины от родственников: — психологическая; — материальная или жилищная; 2) семейный конфликт или дисфункциональность семейных отношений.
Семья проживает в стеснённых жилищных условиях (в комнате или в квартире с родителями, арендует жильё и пр.)	1) отсутствие уверенности в возможности улучшения жилищных условий; 2) опасение материальных проблем; 3) несогласие на рождение ребёнка родственников, с которыми проживает беременная и её семья.
«Деловая» женщина, ориентация на карьерный рост, продвижение по службе или боязнь прервать образование	1) страх потерять высокий социальный статус, упустить возможности; 2) давление общественных стереотипов и установок родительской семьи; 3) ценностный конфликт (замещение или смещение ценностей материнской сферы и других потребностных сфер).

Типичные случаи	Основные жалобы и причины
Зачатие в ситуации измены	1) объективная невозможность определить от кого из мужчин произошло зачатие; 2) страх, что будет обманывать мужа и родственников в том, что ребёнок их родной; 3) трудности разрешения внутреннего конфликта; 4) желание избежать огласки; 5) страх разрыва отношений с мужем; 6) избегание (или не возможность найти) конструктивного решения основной проблемы в супружеской паре, которая вызвала измену.
Несовершеннолетняя (до 18 лет) или юная беременная	1) страх или реальное давление со стороны родственников; 2) психологическая незрелость; 3) страх огласки и реакции социального осуждения; 4) страх прервать обучение и не получить образования; 5) отсутствие в окружении реальной поддержки решения родить ребёнка; 6) психологическая и материальная зависимость от родительской семьи; 7) страх неполноценности ребёнка (патологии течения беременности и родов) в результате физической «недозрелости».
«Возрастная» беременная (от 38 лет)	1) нежелание возвращаться в роль мамы маленького ребёнка; потеря определенного социального и материального статуса; 2) психологическая и физическая усталость; 3) проявление ПАС (постабортный синдром), если уже были аборты, как «тиражирование» абортивного опыта; 4) жалобы на проблемы с соматическим здоровьем; 5) нестабильность отношений с отцом ребёнка: отсутствие поддержки мужа или отсутствие брачных отношений; 6) страх социального осуждения.
Женщина, имеющая ребёнка с инвалидностью или с проблемами развития	1) много сил уходит на сложного старшего ребёнка, либо на ребёнка-инвалида; 2) психологическая травма от тяжелой беременности (родов), а также от адаптации и лечения ребёнка; страх, что второй ребёнок будет тоже инвалид; 3) опасение «запустить» здоровье первого ребёнка («сначала поставлю его на ноги, а потом…»); 4) недостаток поддержки и помощи с первым ребёнком.

Типичные случаи	Основные жалобы и причины
Возможная патология беременности по мнению беременной или врачей	1) страхи осложнений беременности (угрозы могут быть, в том числе, мнимыми); 2) индуцирование женщины травматическим опытом кого-то из её окружения; 3) врачебная перестраховка; невозможность получить независимое врачебное мнения профильного специалиста, компетентного в ведении беременности при данной патологии.
Беременность на фоне приема лекарственных препаратов, рентгена или других вредных факторов; рекомендация врача сделать аборт с целью «профилактики» патологии у ребёнка	1) страх рождения ребёнка с патологией и дальнейших трудностей жизни с ним; 2) безграничное доверие врачу; 3) возможная перестраховка врача; невозможность получить независимое врачебное мнения профильного специалиста, компетентного в ведении беременности при данном факторе воздействия.
Предполагаемая или диагностированная патология плода	1) страх рождения ребёнка с патологией и дальнейших трудностей жизни с ним; 2) острая травматическая реакция от полученной информации; 3) недостаточное представление о возможности жизни с ребёнком-инвалидом; 4) недостаток поддержки семьи; все члены семьи в кризисе; 5) недостаточная осведомленность о возможностях медицинской и социальной помощи в случае конкретной патологии у ребенка, низкий уровень возможности ее получить
Наркотизация (в том числе химическая зависимость), прием алкоголя женщиной или отцом ребёнка	1) страх рождения ребёнка с патологией и дальнейших трудностей жизни с ним; 2) социальная отверженность и давление общества; 3) проблемы зависимой личности; 4) возможные проблемы в реализации материнской роли и функций матери; 5) трудные материальные условия.
Асоциальная семья, или асоциальная беременная	1) давление со стороны родственников; 2) давление со стороны врача, соцработника; 3) социальная некомпетентность женщины; 4) ощущение отверженности обществом; 5) возможные проблемы в реализации материнской роли и функций матери; 6) материальные и иные проблемы семьи.

Типичные случаи	Основные жалобы и причины
Семья мигрантов или «на заработках» в России	1) социальная незащищенность; 2) проблемы с материальным обеспечением на родине.
Беременность в результате изнасилования	1) переживание психологической травмы от изнасилования; 2) отвержение ребёнка, зачатого от насильника (перенос агрессии); 3) давление родственников; 4) давление общественных стереотипов о том, что такая беременность должна быть прервана 5) внутренний конфликт в отношении к беременности.
Аборт как «средство контрацепции»	1) женщина, и особенно отец ребёнка, не имеют представления о внутриутробном развитии ребёнка (мифологизированные представления); аборт воспринимается как простая и довольно безвредная медицинская манипуляция; 2) супружеская пара не имеет навыков неабортивного предохранения; 3) психическая инфантильность; 4) зависимость женщины от мужчины.
Индивидуальное или семейное «тиражирование» аборта как способа решения жизненных проблем	1) постабортный синдром (ПАС); 2) женщина, и особенно отец ребёнка, не имеют представления о внутриутробном развитии ребёнка (мифологизированные представления); 3) психическая инфантильность, личностная незрелость; 4) укорененность негативных общественных стереотипов в индивидуальном сознании и др.

** Составлено по итогам анализа обращений женщин, записывающихся на аборт в роддомах города Москвы.*

3.2. Социально-психологические аспекты аборта

Прежде всего, отметим, что аборт с точки зрения психологических классификаций поведения входит в понятие девиантного (отклоняющегося) материнства. Также в эту категорию входят такие явления, как отказ от новорожденного, убийство новорожденного (что является уголовно наказуемым деянием), жестокое обращение с ребёнком или оставление ребёнка без внимания, воспитание в условиях безнадзорности. Психологический смысл аборта, несмо-

тря на широкую распространенность этого явления (в том числе и среди специалистов), заключается в том, что женщина отказывается от своего материнства в самом его зарождении. Другие формы девиантного материнства также построены на недостаточном развитии или отсутствии материнских чувств.

Кризисная беременность принципиально может разрешиться двумя способами: рождением ребёнка или прерыванием беременности. Последний исход следует считать деструктивным выходом из кризисной беременности. Для этого есть несколько оснований.

Во-первых, *аборт не решает тех жизненных проблем, которые подталкивают женщину или семью к его совершению.* Это может звучать парадоксально, но, действительно, прерывание беременности не улучшает жилищные условия и материальное положение, не способствует карьерному росту и получению хорошего образования, не помогает наладить отношения с мужем (отцом ребёнка) и другими членами семьи. Более того, семейные отношения зачастую после аборта становятся ещё хуже, чем были до него, так как реальный конфликт состоит не в том, родится ли ребёнок. Отношения в семье, где этот вопрос служит поводом для ссор, вероятнее всего, уже давно испорчены, а известие о беременности только «вскрывает» противоречия, существовавшие ранее. «Соучастие» в принятии решения об аборте лишь расширяет эту трещину.

Сохранение беременности и рождение ребёнка, напротив, зачастую открывает перед семьей новые горизонты: члены семьи, вынужденные понести определенные финансовые затраты, ищут возможности более высокого заработка, благосостояние семьи повышается; женщина, реализовавшая себя как мать, в дальнейшем может с более полной эмоциональной отдачей заниматься вопросами, связанными с образованием или работой; в связи с трудностями ухода за новорожденным члены семьи начинают более тесно общаться, просить и предлагать помощь, забываются или откладываются старые обиды и конфликты, взращивается семейное «мы», повышается уровень взаимопомощи и доверия, отношения от этого укрепляются.

Во-вторых, аборт в лучшем случае оставляет нерешенными, а чаще всего *усугубляет проблемы женщины, связанные со становлением/развитием её материнской сферы.* Отказываясь от рождения ребёнка, женщина отказывается от реализации центрального звена своей женственности, что не может не обеднять её душевный мир. Также этот поступок негативно сказывается на отношениях женщины с её рожденными / будущими детьми и мужчиной.

В-третьих, *аборт имеет ряд непосредственных и отдаленных осложнений, которые подрывают физическое и психическое здоровье женщины.*

3.3. Последствия аборта

Текст в данном разделе адресован преимущественно представителям немедицинских специальностей, занятых в кризисном консультировании. Мы излагаем медицинские осложнения прерывания беременности в общем виде, в целях общего ознакомления. В связи со сложившейся на сегодняшний день ситуацией в подавляющем большинстве государственных медицинских учреждений психолог или социальный работник могут оказаться как раз теми людьми, которым приходится информировать женщину о возможных последствиях искусственного прерывания беременности. Необходимо, чтобы предоставляемые сведения как минимум были не противоречащими реальности.

Специалист, освоивший данный материал, сможет достаточно правдиво, хотя и не очень подробно информировать женщину, избежав при этом изложения ряда неправдоподобных мнений о последствиях аборта, бытующих среди неспециалистов, а также медицинских терминов, часто непонятных пациенткам. Врачам будут, скорее всего, интересны сведения о психологически последствиях аборта.

Материал из данного раздела достаточно удобен для изготовления на его основе информационной брошюры, которую можно было бы выдавать пациенткам для ознакомления.

Здесь изложены постабортные осложнения, характерные для взрослых женщин. Те же осложнения, но с определенной спецификой, свойственны и подросткам, прерывающим беременность.

Медицинские последствия

Любой аборт, проводимый как хирургическим так и нехирургическим способом, несет за собой риск осложнений и нежелательных последствий.

Медикаментозное (нехирургическое) прерывание беременности в Российской Федерации осуществляется в сроке беременности до шести недель или в течение 42 суток от первого дня последней менструации.

При данном способе нет проникновения инструментов в полость матки, следовательно, не происходит механической травматизации. Нет риска осложнений, обусловленных применением наркоза.

Многие женщины отмечают наличие болевых ощущений после начала действия препаратов и такие явления, как слабость, головная боль, тошнота.

Медикаментозный аборт связан с кровотечением, в основном — не требующим специального лечения. Экстренная чистка матки с целью прекращения кровотечения требуется в 1% случаев, а переливание крови — в 0,1–1%.

В ряде случаев (в 2–11% случаев — в зависимости от срока беременности) прерывания беременности не происходит. В связи с чем женщине предлагается прервать беременность с помощью хирургического аборта.

Если приходится прибегать к хирургическим вмешательствам и переливанию крови, то актуальными становятся риски, связанные с этими вмешательствами.

Механизм действия медикаментозного аборта построен на вмешательстве в работу гормональной системы организма, что может привести к гормональным нарушениям. (Подробнее см. Приложение 2).

Осложнения после хирургического аборта делят на ранние (развивающиеся во время или непосредственно после операции) и поздние (которые могут проявиться спустя некоторое время, даже годы).

Ранние осложнения.

Прокол (перфорация) матки — тяжелое осложнение хирургического аборта. Острыми абортивными инструментами может быть повреждена не только матка, но и другие органы брюшной полости (например, кишечник или мочевой пузырь). Риск этого осложнения тем выше, чем больше срок беременности, а также может быть связан с аномалиями анатомического строения матки (например, двурогая матка).

При небольшой перфорации проводится ушивание разреза и наблюдение. При неблагоприятном развитии осложнения (например, обильное кровотечение, которое не удается остановить) возможно удаление матки.

Сильное **кровотечение** может быть и самостоятельным осложнением, не связанным с перфорацией. Проводится кровоостанавливающая терапия. При неэффективности лечения — удаление матки. Несвоевременное оказание помощи может привести к гибели женщины.

Существует риск того, что не все ткани эмбриона будут удалены. Это, в свою очередь, может повлечь сильное кровотечение, инфицирование (опасно тем, что некротизированные ткани, в случае, если они не будут вовремя удалены, приведут к сепсису). Для предупреждения этого осложнения (оставления фрагментов эмбриона в матке) проводят УЗИ. При обнаружении остатков плодного яйца — повторное выскабливание.

Во время аборта всегда есть вероятность **инфицирования матки и возникновения эндометрита** — воспаления внутреннего слоя матки. Проводится лечение антибиотиками, в большинстве случаев оно оказывается успешным. Но при тяжелом течении эндометрита **возможно распространение инфекции.** При этом могут поражаться маточные трубы и яичники, может развиться перитонит и даже сепсис. Риск возникновения сепсиса особенно велик при прерывании беременности вне медицинского учреждения. При несвоевременном лечении или ослабленном иммунитете женщины, сепсис может привести к летальному исходу.

Эмболия — перенос с током крови пузырьков воздуха и частиц тканей, попавших в кровяное русло во время аборта. Это осложнение маловероятно при аборте до 12 недель, его вероятность выше на более поздних сроках беременности. Однако исключить возможность эмболии полностью нельзя. Попавшие в кровь инородные фрагменты могут закупорить сосуды жизненно важных органов, что потребует экстренной помощи и в течение нескольких минут может привести к смерти.

Поздние осложнения после аборта.

Гормональные нарушения. Даже неосложненный аборт является стрессом для женского организма и оказывает грубое воздействие на весь организм, нарушая тонкие механизмы выработки гормонов. Страдает функционирование яичников (в связи с этим, возникает ряд проблем, связанных с менструальным циклом), надпочечников, ряда других эндокринных желез. Выраженность этих проявлений тем выше, чем больше срок, на котором прерывается беременность. Гормональные отклонения в целом неблагоприятно сказываются на репродуктивной системе женщины. В ряде случаев для восстановления нормального менструального цикла требуется гормональная терапия.

Повреждение хирургическими инструментами внутренних стенок матки может оставить грубые рубцы на слизистой оболочке матки, мешающие при последующей беременности прикреплению плодного яйца или способствующие низкому прикреплению плаценты.

Механическая травматизация в ходе аборта и воспалительные процессы часто приводят к возникновению спаек в трубах или полости матки, что впоследствии может препятствовать зачатию, миграции зиготы из трубы в матку (возможна внематочная беременность) и нарушения имплантации. Спаечные осложнения — серьезный фактор риска бесплодия.

Истмико-цервикальная недостаточность. Если шейка матки травмирована расширителями, то при последующих беременностях она становится не способной противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающийся плод в полости матки до своевременных родов, что угрожает невынашиванием беременности.

Опасные для жизни женщины ранние осложнения возникают относительно нечасто. В основном аборт опасен гормональными нарушениями, воспалительными и спаечными процессами, истмико-цервикальной недостаточностью. Но эти осложнения часто недооцениваются, возможно потому, что не представляют значимой угрозы для жизни женщины. Однако они могут сильно осложнять течение последующих беременностей.

В некоторых источниках высказывается мнение о влиянии аборта на возникновение **эндометриоза и онкологических заболеваний** репродуктивных органов и молочной железы. Существует немало теорий возникновения эндометриоза. Но достоверно подтверждается, что пусковым моментом для его развития может стать аборт. Ведь для организма женщины аборт — это очень сильный стресс — и психологический, и физический, и гормональный. Он влечет за собой гормональные сдвиги, а следом — ухудшение состояния иммунной системы, эндокринные расстройства, что является почвой для развития эндометриоза. Риск возникновения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов и молочных желез также связывают с гормональным стрессом.

Вероятность возникновения осложнений наиболее высока:

— у женщин, прерывающих свою первую беременность,

— у женщин, сделавших более двух абортов,

— у женщин, имеющих воспалительные заболевания половых органов, перенесших операцию на матке и яичниках,

— у женщин, страдающих заболеваниями крови.

Противопоказаниями к аборту являются:

— воспалительные процессы половых органов,

— наличие гнойных очагов, независимо от места их локализации,

— срок менее 6 месяцев после предшествующего прерывания беременности,

— острые инфекционные заболевания.

Психологические последствия аборта,
постабортный синдром (ПАС).

Так называемый постабортный синдром (ПАС) — это сочетание психических симптомов, которые проявляются вследствие переживаний после аборта.

Среди основных симптомов ПАС можно выделить (по В. Пултавской, О. Селеховой и др.) следующие:

— депрессия с постоянно преследующим чувством вины;
— ощущение опустошенности и обиды;
— нарушения сна, аппетита, сексуальных влечений;
— агрессия, направленная на себя и на близких;
— агрессия, направленная на других беременных женщин;
— агрессия, отчуждение или гиперопека по отношению к собственным и чужим детям;
— агрессия на врача, который направил или произвел аборт;
— личностные изменения с закреплением истерично-инфантильных или депрессивных реакций и т. д.

Симптомы (по Дж.Уиллке):

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

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

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

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

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

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

Инвертированное переживание ПАС носит более злокачественный характер, так как пагубно сказывается на материнской сфере женщины в целом.

Инвертированная агрессия проявляется в неприязненном или открыто агрессивном отношении к детям, беременным женщинам, в подталкивании к аборту других женщин.

Аборт может порождать массу патологий в воспитании рожденных детей и является единственным медицинским вмешательством, итогом которого является не улучшение здоровья пациента, а вред: здоровье женщины может быть нанесен ущерб, а второе человеческое существо, участвующее в данной операции — ребёнок — лишается жизни.

3.4. Аборт по медицинским показаниям

Для осуществления данного медицинского вмешательства женщине необходимо собрать ряд документов и лечь в стационар. Медицинскими показаниями к аборту считаются выявление у внутриутробного ребёнка возможной патологии, а также состояние беременной (наличие определенных заболеваний или тяжелое протекание беременности), при котором дальнейшее вынашивание ребёнка угрожает её здоровью или жизни.[1]

[1] Полный список см. Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»

С целью выявления медицинских показаний проводится ряд плановых обследований. Общее мнение подавляющего большинства медицинского сообщества заключается в том, что при наличии медицинских показаний единственным возможным способом действий является прерывание беременности. Основываясь на этих представлениях, многие женщины из страха прерывают беременность при поддержке или под давлением родственников и персонала.

Но практика показывает, что однозначное мнение о необходимости прерывания беременности при наличии медицинских показаний не совсем оправданно. Наличие патологии у внутриутробного малыша или проблем со здоровьем у его матери — ситуация трагическая именно потому, что негативные последствия возможны как при вынашивании беременности, так и при её прерывании.

Но мы должны относиться к этим ситуациям как специалисты: владеть определенными сведениями, информировать пациентку и создавать для неё ситуацию, в которой она может принять своё решение, без давления ложных представлений. И здесь особенно важно, чтобы врач или другой сотрудник медицинского учреждения выступал для женщины только в роли консультанта и не склонял её к привычному или более удобному для практики лечебного учреждения решению.

При высокой вероятности реальных осложнений и готовности женщины идти на риск должно быть предложено психологическое консультирование на тему принятия женщиной возможности воспитания больного ребёнка и информирование об организациях, занимающихся коррекцией соответствующей патологии, а также группах психологической поддержки и сообществах родителей особых детей.

При страхе беременности и родов должна быть предложена поддерживающая терапия и рекомендовано обращение в группы по подготовке к родам.

Самоанализ

(Для помогающего специалиста: врача, психолога, социального работника. Попробуйте, пожалуйста, максимально честно и подробно ответить на вопросы. Можно это делать в письменной форме. Прислушайтесь к своим чувствам. Наше отношение к ситуации и наши переживания транслируются людям при взаимодействии. Если Вы обнаруживаете у себя тяжелые переживании в связи с данной ситуацией,

тревоги, чувство безнадежности и убеждение в том, что аборт является единственным выходом, консультируемая женщина на эмоциональном уровне получит именно это сообщение, независимо от того, что Вы скажете ей на словах. Поэтому, если данная тема является для консультанта эмоционально «горячей» или болезненной, ему настоятельно рекомендуется проработать свои сложности перед тем, как приступать к взаимодействию с женщинами).

— Вы считаете аборт по медицинским показаниям оправданным? Есть ли тому подтверждения из Вашей практики?
— Какую ситуацию Вы представляете себе, когда слышите выражение «медицинские показания»?
— Какие чувства это у Вас вызывает?

Что с этим делать?

Какие вопросы необходимо затронуть, консультируя женщину с медицинскими показаниями к прерыванию беременности?

Вот примерный перечень вопросов, которые можно предложить обсудить с женщиной:

1. Информирована ли она об уровне риска? Как правило, медицинские показания — только вероятность негативного исхода, но не приговор. Информирована ли она о том, какие именно отклонения могут быть у ребёнка и какая именно опасность может угрожать ей самой? Женщины, не имеющие соответствующего образования, часто склонны видеть ситуацию более драматической, чем она есть на самом деле или некритично относиться к прогнозам, направленным на внушение паники.
2. Как её ближайшее окружение относится к сложившейся ситуации?
3. Как она сама в глубине души относится к этому ребенку, успела ли она его полюбить?
4. Информировать женщину о возможных последствиях прерывания беременности.
5. Информировать женщину о возможных способах ведения её беременности, внутриутробного лечения, коррекции состояния её здоровья или здоровья ребёнка после родов, ожидаемых результатах и учреждениях, ведущих такую работу.

Чего делать нельзя?

— Запугивать продолжением беременности;

— описывать как стопроцентный приговор те результаты исследований, которые либо не являются абсолютно точными, либо выявленная ими патология может быть скорректирована;

— скрывать возможности негативных осложнений аборта;

— утешать по принципу «Ничего, ты потом здорового родишь», этого может и не быть;

— склонять женщину к тому решению, которое принял бы консультант, попав в такую ситуацию.

Следует учесть, что существуют два варианта отношения женщин к перспективе аборта по медицинским показаниям:

1. Аборт, если есть хоть малая вероятность патологии;
2. Сохранение, если есть хоть малый шанс на благоприятный исход.

Нужно разобраться, к какой категории относится данная женщина. От этого будет зависеть ход дальнейшей работы.

Консультантам немедицинских специальностей необходимо также иметь в виду, что женщины, в силу своих страхов или в поисках «весомого» повода для аборта, занимаются «самодиагностикой» и называют абортом по медицинским показаниям аборт по желанию до 12 недель. Как правило, при расспросах такие женщины сообщают, что они на ранних сроках, не зная о беременности или по легкомыслию, совершали действия, которые, как им известно, могут повредить ребенку. Это может быть прием каких-либо лекарственных препаратов, эпизодическое употребление алкоголя, курение, ношение тяжестей или другая чрезмерная физическая нагрузка и т. д. При этом женщины, как правило, не владеют в должной мере медицинскими знаниями и не могут оценить адекватность своих представлений о том, какой вред это может нанести ребенку[2]. То же самое касается наличия у женщины каких-либо заболеваний или особенностей, которые она интерпретирует (верно или неверно) как угрозу для себя при вынашивании ребёнка[3].

В этой ситуации необходимо, прежде всего, выяснить, действительно ли женщина имеет те страхи, на которые она ссылается, или же она ищет удоб-

[2] В нашей практике был, например, случай, когда молодая девушка, воспитанная бабушкой с представлением о том, что для беременных вредны вообще все лекарства, приняла на ранних сроках 2 таблетки но-шпа и 2–3 таблетки цитрамона. Узнав о беременности, взяла направление на аборт, так как была уверена, что ребёнок родится тяжело и неизлечимо больным.

[3] Также случай из практики: женщина имела доброкачественное новообразование молочной железы и была уверена, что, если она родит ребёнка, то у неё будет рак.

ный повод для оправдания решения об аборте. В первом случае ей необходима обстоятельная беседа с врачом, который подтвердит или опровергнет её опасения. Во втором случае консультанту следует попробовать выяснить реальные причины намерения сделать аборт, а далее проводить консультацию на этом материале. Вопросы, которые помогают выяснить истинность страхов: «Если бы Вы не боялись того, чего Вы боитесь сейчас, то что бы Вы решили (как бы Вы отнеслись к своей беременности)?» и «Есть ли ещё что-то, кроме страхов, что подталкивает Вас к аборту?». Женщины с истинными страхами, как правила, очень эмоционально реагируют и говорят о том, что они бы с радостью родили.

Проблемы здоровья женщины и возможности сохранения беременности

Важной для практики консультирования является также проблема прерывания беременности при наличии гинекологических заболеваний и экстрагенитальной патологии. Идеальной для зачатия является ситуация, когда женщина здорова, это понятно. Многие пары в наше время специально готовятся к беременности, проходят различные обследования, лечат или компенсируют имеющиеся заболевания, за некоторое время до беременности избавляются от вредных привычек, если таковые имелись, и т. д.

Если женщина забеременела незапланированно, то она может обнаружить проблемы со здоровьем, которые лучше было бы скорректировать до наступления беременности. Это сильно пугает женщин, так как они часто, в силу незнания, что именно и как влияет на внутриутробное развитие, преувеличивают вероятность неблагоприятного протекания беременности и рождения ребёнка с патологиями. Также женщины часто опасаются негативных последствий, если они, не зная о беременности, курили или употребляли алкоголь.

Наибольшую тревогу у женщин вызывает беременность на фоне гинекологических заболеваний. Существует обывательское мнение, что гинекологические заболевания снижают до минимума возможность благополучно выносить и родить здорового ребёнка. Однако связь гинекологического здоровья/заболеваний и прерывания/вынашивания беременности несколько сложнее. Идеальной, повторим, была бы ситуация, если бы женщина выявила и скорректировала свои проблемы до беременности. Но если беременность уже наступила, то её прерывание, во-первых, в большинстве случаев не является необходимым, а во-вторых, может осложнить течение заболевания.

Беременность при миоме матки

С одной стороны, миома матки определенным образом влияет на протекание беременности (повышается риск прерывания беременности, развития фетоплацентарной недостаточности, преждевременной отслойки плаценты, если плацента находится на узле, развития аномалий родовой деятельности). С другой стороны, беременность может оказать положительное воздействие: у 20–25% женщин миома во время беременности уменьшается в размерах (у большинства не претерпевает изменений, у небольшого процента возможно увеличение и псевдоувеличение узла). Последующая лактация также способствует инволюции миоматозных узлов.

Обывательское мнение о том, что выносить беременность при миоме невозможно, а также, что миома при беременности обязательно будет расти, является необоснованным. Определяющими факторами являются размер и локализация миомы, наличие деформаций матки, длительность существования миомы и динамика её роста, расположение плаценты относительно миомы, возраст женщины и её общее соматическое и эндокринное здоровье.

Вынашивание беременности при миоме во многих случаях возможно, и заканчивается рождением здорового младенца, однако требует пристального медицинского наблюдения. Необходим своевременный контроль состояния фетоплацентарной системы, изменений локализации плаценты, изменений и структуры миоматозного узла с помощью УЗИ. Ряд осложнений возможно предупредить или скорректировать.

Беременность и эндометриоз

Беременность на фоне этого заболевания также вызывает у женщин обильные страхи. Первое, что следует отметить: эндометриоз плохо поддается лечению и значительно снижает вероятность наступления беременности. В связи с этим женщине, страдающей эндометриозом и забеременевшей, можно само это событие рассматривать как удачу, если она хочет иметь детей. Прогноз лечения чаще всего неопределенный, а факт наступления следующей беременности не гарантирован. В клинической практике встречаются случаи зачатия при эндометриозе, но, во-первых, такое бывает достаточно редко, а во-вторых, представляет определенную опасность для плода — в частности, произвольный выкидыш. В подобной ситуации женщине необходимо в течение всей беременности наблюдаться у врача-специалиста и строго следовать его рекомендациям.

Также часто вызывают у беременных серьёзные волнения, но не являются показаниями к прерыванию беременности:

— функциональная киста яичника (представляет собой образование, напоминающее небольших размеров заполненный жидкостью пузырек, образовавшийся на месте фолликула; считается нормальным явлением во время беременности, к 12 неделе беременности обычно исчезает без дополнительных вмешательств);

— кесарево сечение при предыдущих родах, независимо от сроков наступления новой беременности (современные методы проведения кесарева сечения, рассасывающиеся материалы для ушивания, отсутствие воспаления и расхождения шва в послеродовом периоде, контроль УЗИ — не оставляют поводов для беспокойства)

— рентген (даже на ранних сроках не является противопоказанием к вынашиванию беременности. Отклонения, возникающие в результате рентгена, не выходят за общие фоновые отклонения — 2%, особенно на аппаратах нового поколения);

— наличие условно патогенной флоры (микоплазма, уреаплазма);

— необходимость приема антибиотиков (в этом случае беременным назначаются антибиотики пенициллинового ряда и цефалоспорины).

Это только некоторые случаи из тех, когда специальные медицинские знания и осведомленность помогают сделать адекватный выбор и применить на практике главный этический принцип медицины «Не навреди!» Современный уровень развития медицины дает возможность благополучно вести беременность у женщин даже с далеко не идеальным здоровьем. То, что было невероятным еще 10 лет назад, благодаря динамичному развитию медицинских технологий, сегодня входит в ежедневную практику медицинских учреждений. Тяжелые заболевания сердца и почек, ВИЧ-инфекция, некоторые формы сахарного диабета и онкологии, туберкулез, рассеянный склероз и другие заболевания уже не являются приговором для матери и внутриутробного ребенка, а успешно компенсируются и позволяют состояться женщине как матери. Поэтому важна информированность о достижениях медицины, которые помогут женщине сохранить и собственное здоровье, и жизнь ребенка. Это, например, водители ритма сердца для женщин с пороками сердца, противовирусные препараты для ВИЧ-инфицированных, которые, кстати, предоставляются бесплатно, возможности ведения беременности у женщин с диагнозом гломерулонефрит и многое другое.

Однако нужно помнить, что в этих случаях необходима настойчивость и инициативность беременной и ее близких для направления беременной жен-

щины в ведущие профильные медицинские учреждения, где можно получить высококвалифицированную помощь.

3.5. Аборт у несовершеннолетних

Самоанализ

(Для помогающего специалиста: врача, психолога, социального работника. Попробуйте, пожалуйста, максимально честно и подробно ответить на вопросы. Можно это делать в письменной форме. Прислушайтесь к своим чувствам. Наше отношение к ситуации и наши переживания транслируются людям при взаимодействии. Если Вы обнаруживаете у себя тяжелые переживании в связи с данной ситуацией, тревоги, чувство безнадежности и убеждение в том, что аборт является единственным выходом, консультируемая женщина на эмоциональном уровне получит именно это сообщение, независимо от того, что Вы скажете ей на словах. Поэтому, если данная тема является для консультанта эмоционально «горячей» или болезненной, ему настоятельно рекомендуется проработать свои сложности перед тем, как приступать к взаимодействию с женщинами).

— Считаете ли Вы необходимым аборт для несовершеннолетней женщины?
— Какие чувства и опасения вызывает у Вас вынашивание беременности, роды и воспитание ребёнка несовершеннолетней матерью?

Актуальность проблемы

Согласно официальной статистике, ежегодно в мире беременеют 5–10% девушек в возрасте от 13 до 17 лет. К примеру, уровень подростковой фертильности (число беременностей на 1000 подростков) в США — 114, в России — 70–90, в Нидерландах — 10.

В России частота абортов у подростков колеблется от 10 до 15% от общего числа прерываний беременности. При этом каждый второй аборт у юных женщин (52,8%) производится при первой беременности, а 13% юных беременных прибегают к нему повторно. Эти показатели являются самыми высокими среди экономически развитых стран.

Вред аборта

Аборт представляет для юного организма большой вред, порой непоправимый. Прерывание беременности у лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, сопровождается особенно сильным гормональным, физическим (травма недостаточно сформированных тканей матки) и психологическим стрессом.

Следует заметить, что с последствиями абортов, совершенных в юном возрасте, женщине приходится иметь дело уже во взрослой жизни. Частое последствие прерывания первой беременности — бесплодие. Основной процент бесплодных взрослых женщин (по некоторым данным — до 80%) — это те самые девочки, которые в юности делали аборты. Ответственность же взрослых в том, чтобы обеспечить условия для минимизации возможных рисков для несовершеннолетней девушки, найти иные пути выхода из ситуации.

Физические осложнения

Частота осложнений после абортов у подростков в 2–2,5 раза выше, а материнская смертность в 5–8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Это связано с тем, что половая зрелость (когда девушка и анатомически, и функционально, и психологически уже может быть готова к беременности и родам) наступает лишь к 18–19 годам. И искусственное вмешательство в эти процессы оказывает более травматичное воздействие. Иными словами, возможные последствия аборта могут быть помножены на анатомо-физиологическую и психологическую незрелость подростка.

Отметим, что наряду с обычными медицинскими последствиями аборта, у подростков могут отмечаться и специфические.

Осложнение операционного аборта

Из-за незрелости организма гораздо тяжелее происходит регенерация слизистой оболочки матки после произведенного выскабливания. В справочниках по детской гинекологии даже встречаются рекомендации, по возможности, откладывать необходимые (по здоровью) гинекологические операции до более зрелого возраста. Низкая способность к регенерации зачастую приводит к длительным и обильным постабортным маточным кровотечениям.

После аборта у девушек-подростков чаще нарушается и тяжело восстанавливается менструальный цикл, особенно если он пока ещё был нерегулярным.

Более высока вероятность травмирования шейки матки с последующей истмико-цервикальной недостаточностью (угроза невынашивания при будущих беременностях).

Чаще наблюдаются воспалительные заболевания половых путей и органов малого таза. Их течение может быть стойким и рецидивирующим.

Осложнения медикаментозного аборта

Медикаментозный аборт — это принятие препаратов, воздействующих на гормональную систему женщины, в частности, на выработку прогестерона. Женский организм испытывает при этом гормональный сбой, а организм девочки-подростка может быть уязвлён еще более. Чаще происходят обильные маточные кровотечения, серьезные нарушения менструального цикла.

Последствия усугубляются ещё и тем, что это чаще всего первая беременность, и организм только начинает осваивать эту новую для себя функцию — адаптации к беременности и ее вынашивания, и тут же получает сбой этих тонких процессов. Риск возрастает, когда беременность искусственно прерывается неоднократно. По статистическим данным, это происходит в 13% случаях беременностей несовершеннолетних.

Следует также помнить о том, что при медикаментозном аборте в 2–11% случаев беременность этим способом прервать не удается, либо погибший эмбрион не выходит полностью. У девочек-подростков это случается чаще из-за незрелости матки и её сниженной способности к регулярным сильным сокращениям. В этих случаях приходится прибегать к хирургическому аборту.

Психологические осложнения

Общие сведения

В подростковом возрасте происходит становление личности и образа жизни в целом, вырабатывается стиль и стереотипы поведения, включая сексуальное и репродуктивное.

Основные причины абортов у подростков обусловлены:

— особенностями репродуктивного поведения (раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров),

— недостаточными знаниями о последствиях раннего начала половой жизни и абортов,

— недостаточной информированностью о средствах контрацепции (вера в абсолютную эффективность контрацепции),

— мифологизированные представления о репродуктивной функции женщины и мужчины (неправильные представления о менструальном цикле, упование на надежность прерванного акта как метода предохранения и т. д.),

— а также рядом возрастных особенностей личности:

  — импульсивность,
  — неустойчивость самооценки,
  — сниженная способность прогнозировать последствия,
  — зависимость от родителей и значимых лиц из близкого социального окружения и одновременно с этим недостаточность социальных возможностей,
  — перекладывание ответственности на плечи взрослых (особенно распространено в современных социокультурных условиях и воспитательной тенденции к инфантилизации)
  — подчиняемость мнению взрослого человека, неумение отстаивать свои потребности, защищать свои решения.

Постабортный синдром

Психологические последствия аборта у подростка по своей сложности оказываются усилены на характерными возрастными особенностями и закономерностями, поэтому они могут носить более злокачественный характер.

ПАС у подростков более выражен, быстрее проявляется и острее протекает. Это связано с личностной незрелостью, слабостью психологической защиты, большей эмоциональной нестабильностью, ранимостью, уязвимостью подростка по сравнению со взрослым человеком.

Достаточно часто после аборта у подростка бывает острая тяжелая депрессивная реакция: чувство утраты, скорбь, самообвинения. Это может сопровождаться чувством вины, стыда, резким снижением самооценки, вегетативными компонентами депрессии (нарушения сна и аппетита, телесная слабость, чувство отсутствия сил, психогенное снижение иммунитета и т. д.).

Характерно, что беременность несовершеннолетних часто определяется не сразу, а с опозданием до нескольких месяцев (по причине нерегулярности менструального цикла, информационных заблуждений у подростка и психологического отрицания возможности беременности). В данном случае несовершеннолетней беременной часто предлагают произвести **аборт на поздних сроках беременности** (в период после 12 недель), что оказывает *особо травматическое воздействие* на материнскую сферу девочки-подростка и в целом на её несформировавшуюся психику.

Одной из причин этого является тот факт, что на этих сроках беременная обычно уже чувствует движения ребёнка, формируются зачатки материнско-детского взаимодействия, пусть даже конфликтного, а ребёнок может родиться уже жизнеспособным. Совершение аборта в таких обстоятельствах может стать серьезной психической травмой, порождает сильное, не всегда осознанное чувство вины и ярко выраженный постабортный синдром, имеющий, помимо непосредственных, ещё и отсроченные последствия.

Постабортные переживания часто ведут к формированию или усугублению

— саморазрушительного поведения,

— разного рода зависимостей (алкогольная, наркотическая, патологические привязанности и т. д.),

— виктимного поведения (попадание в ситуации риска),

— суицидального риска (всем специалистам, сталкивающимся с прерыванием беременности у подростка нужно отдавать себе отчет, что в результате этого вмешательства возможет реальный суицидальный риск, особенно, если аборт производится против желания подростка).

Очень важно понимать, что психологические последствия аборта могут переживать не только девушки перенесшие аборт, но и *юноши*. В дальнейшем юноша может уже хладнокровно толкать беременную от него женщину, в том числе и свою жену, на аборты; становится неспособным брать на себя ответственность за своё поведение и своих будущих детей.

Влияние на отношения в родительской семье

В большинстве случаев девушки после аборта, проведенного под давлением родителей, замыкаются, перестают доверять им, затаивают глубокую обиду на мать и других близких, становятся зависимыми и безынициативными, «психологически сломленными», у них не редки уходы из дома и наличие реального суицидального риска.

Влияние на сексуальное поведение

Беспорядочные сексуальные контакты (особенно если тенденция к промискуитету была намечена до беременности) — две трактовки: как последствие чувства вины (своего рода самонаказание) и как результат «научения» (можно предаваться сексуальным контактам и не нести за это ответственности, всегда есть «палочка-выручалочка» в виде аборта).

Снижается способность к установлению глубоких интимно-личностных отношений, нет стремления к этим отношениям (в будущем это станет серьезным труднопреодолимым препятствием к установлению полноценных и гармоничных супружеских отношений).

Влияние на материнскую сферу

В качестве отсроченных последствий перенесенного аборта у девушки-подростка возможно возникновение патологических личностных стратегий, затрагивающих, в том числе, будущее материнство. Для неё могут стать характерным:

— тиражирование абортов и отказов от ребёнка,

— ослабление материнских чувств к последующим детям с проявлением недостаточности заботы и агрессивности в их воспитании,

— «осознанный отказ» от материнства, ориентация на сексуальную и социальную «самореализацию».

К сожалению, зачастую все эти последствия практически не учитываются или не принимаются в расчет в качестве реальности ни родителями, ни врачом, направляющим девочку-подростка на аборт. Подобное игнорирование пагубно сказывается на репродуктивном здоровье женщины, только вступающей в детородный возраст, отражается на их последующем отношении к материнству и способности устанавливать гармоничные семейные: супружеские и детско-родительские отношения.

Ресурсы

Физиологические

В практике акушерства считается, что оптимальный возраст для первой беременности и родов — 19–22 года. В этом возрасте заканчивается рост, организм полностью развит, эластичность и состояние тканей — оптимальные.

В связи с незрелостью организма несовершеннолетние беременные составляют особую группу риска в акушерстве и гинекологии. Это правда, и спорить с этим было бы нечестно.

Наиболее характерные осложнения у несовершеннолетних связаны:

— при беременности — с анемией, токсикозом и недостаточной прибавкой в весе, а также с большей вероятностью выкидыша;

— в родах — с преждевременными родами и осложнениями в ходе родов из-за размеров костного таза;

— для ребёнка — недоношенность, маловесность, возникновение внутриутробной гипоксии плода, родовые травмы.

Однако выявлено, что девушки, забеременевшие в возрасте до 16 лет, развиваются быстрее во время беременности. Повышенное содержание стероидов в крови способствует ускорению развития половых органов и особенно костей таза. Размеры таза у первородящих несовершеннолетних меньше, чем у взрослых женщин, но больше, чем это соответствует паспортному возрасту (акушер-гинеколог Е.Г. Длугоканская).

Таким образом, само наличие и развитие беременности форсирует развитие, дозревание организма и подготавливает к рождению ребёнка. При обеспечении квалифицированной медицинской помощи вышеуказанные осложнения возможно свести к минимуму.

Надо быть готовым и к тому, что для несовершеннолетней беременной могут потребоваться **госпитализация в родильный дом**, чтобы обеспечить своевременную помощь и наблюдение врачей. Для профилактики возможных осложнений при родах рекомендуется заблаговременная (за 1–2 недели до предполагаемого срока родов) госпитализация подростков в родильный дом и проведение им курса укрепляющей подготовительной терапии. Госпитализировать юных первородящих на роды желательно в Перинатальные центры или в специализированные родильные дома, где персонал подготовлен к работе с таким контингентом беременных и рожениц. Выбрать родильный дом для несовершеннолетней мамы лучше заблаговременно.

В течение 6 и более месяцев после родоразрешения необходимо **обеспечить наблюдение за несовершеннолетней не только врача акушера-гинеколога, но и семейного врача, терапевта, невропатолога и, по мере надобности, других специалистов.**

Психосоциальные

Лишь небольшая часть «медицинских проблем» несовершеннолетних беременных является истинно медицинскими проблемами. Большая часть патологий беременности (и, следовательно, родов), вызвана тем, что подростки:

— часто скрывают или игнорируют факт своей беременности,

— не соблюдают надлежащего режима поведения и питания, что пагубно сказывается на вынашивании ребёнка,

— беременность подростка довольно часто сопровождается сильным стрессом и конфликтной семейной ситуацией, который сам по себе является мощным патогенным фактором.

Эти и подобные проблемы можно разрешить (или значительно уменьшить их последствия) с помощью индивидуального и семейного консультирования в рамках комплексного медико-психосоциального сопровождения несовершеннолетней беременной.

Задачами психологической помощи должны стать:

— гармонизация отношения девушки к беременности,

— принятие ею соответствующих норм поведения в период беременности,

— работа с семейным окружением, профилактика и решение конфликтов,

— информирование родственников о патогенном воздействии стрессов на протекание беременности, последствиях стрессов,

— при необходимости — подробное разъяснение родственникам, что основным источником стресса для беременной могут стать действия близких людей, их отношение к беременности, дисфункциональность семейных отношений,

— гармонизация отношений и коммуникаций в семье, выработка поддерживающего стиля взаимодействия,

— улучшение контакта с врачом и, как результат, снижение числа осложнений.

Если юная беременная учится, то в индивидуальном порядке ей можно **рекомендовать временно не посещать учебные занятия.** Учебная нагрузка может неблагоприятно отражается на становлении гестационной доминанты, так необходимой для нормального течения беременности и родов.

И что не менее важно, на протяжении всего периода беременности, родов и в послеродовый период девушке, а также её близким, необходима **работа с психологом по подготовке к родам и ранним материнско-детским взаимоотношениям.**

Существует достаточно распространенный страх, что юная мать не справится с воспитанием ребёнка, нанесет ему непоправимый психологический ущерб, возможно даже — и физический вред, что она сама будет несчастная, её материнство будет её тяготить. Ряд исследований и клинический опыт показывают, что основной проблемой для юных матерей является неодобрительное отношение к ним общества и катастрофическая нехватка эмоционально-психологической и социальной поддержки. При создании вокруг молодых матерей принимающей и поддерживающей среды подавляющее большинство из них оказывается способным установить теплые, любящие отношения с ребёнком, гармонично его развивать и получать удовлетворение от своего материнства.

Таким образом, можно говорить о том, что высокий уровень осложнений связан с недостаточной организацией специальной помощи несовершенно-

летним беременным. Адекватное комплексное медицинское, психологическое и социальное сопровождение позволяет свести уровень осложнений к минимуму. Такую комплексную помощь оказывать сложно, в нашей стране почти нет программ для работы с несовершеннолетними беременными и организаций, такую работу осуществляющих. Аборт в этой ситуации выступает как легкая, быстрая, «нехлопотная» (однако однозначно деструктивная с точки зрения физического здоровья и социально-психологического благополучия) альтернатива длительному комплексному сопровождению и поддержке.

ГЛАВА 4

Стратегия помощи. Взаимодействие помогающих специалистов

Информация, изложенная в брошюре, поможет врачу более эффективно выстроить отношения с беременной женщиной. Ведь она нуждается не столько в выписке направления на аборт, сколько в профессиональном и человеческом внимании и участии. Часто бывает достаточно одной консультации психолога или вдумчивой беседы с неравнодушным врачом, чтобы женщина отказалась от аборта и решилась сохранять беременность.

4.1. О позиции врача при общении с женщиной в ситуации кризисной беременности

Отдаленные деструктивные последствия абортов намного серьезнее и опаснее, чем затраты на сопровождение «проблемной» с медицинской или социальной точки зрения беременной. В связи с этим врачу при обсуждении с женщиной её намерения сделать аборт можно порекомендовать следующее:

1. Полно и подробно проинформировать о последствиях. Женщина имеет право знать, что именно она собирается сделать, и чем это может обернуться для неё и её близких.

2. Настойчиво рекомендовать всесторонне осмыслить (в течение нескольких дней) это решение на основании новой информации. «Либерализм», «проявления такта» и ложно понятое «уважение к чувствам и правам женщины» в этой ситуации не уместны, так как женщина поглощена тяжелыми переживаниями, вследствие чего закрывает своё сознание от неприятной информации и основывает решение на несоответствующем действительности представлении об аборте. Часто врач является единственным человеком, который может предупредить, предостеречь, предотвратить будущую трагедию.

3. Стараться говорить больше о состоянии здоровья, о возможности выносить и родить ребёнка, о позитивных моментах, которые с этим связаны.

4. В тех случаях, когда женщина в качестве причины аборта предъявляет социально-экономические, семейные и прочие немедицинские сложности (как правило, сильно преувеличенные в связи с тяжелым эмоциональным со-

стоянием), указать на то, что аборт не разрешит этих сложностей (денег больше не станет, квартиру новую не дадут, муж не начнет «вдруг» сильнее любить и т. д.). Мотивировать женщину попробовать решить эти проблемы более конструктивным способом (возможно направление на психологическое и юридическое консультирование, предоставление контактной информации общественных организаций и т. д.).

5. При наличии у женщины медицинских проблем взвесить риск и постараться, если возможно, вести беременность, так как аборт, как правило, является не менее вредным и травматичным для женского здоровья.

6. При частых беременностях и неоднократных абортах необходимо обсудить с пациенткой следующие вопросы: 1) планирует ли женщина иметь ещё детей в будущем; 2) насколько женщина грамотна в вопросах репродуктивного здоровья; 3) если она больше не планирует детей, то каким образом ей не допускать наступление нежелательной беременности (воздержание, если женщина незамужем, неабортивные средства предохранения); 4) согласование с партнером возможность иметь большую семью; 5) информирование о педагогических и психологических преимуществах воспитания детей в многодетной семье.

Врачу следует помнить о том, что женщины, намеревающиеся сделать аборт, имеют в той или иной степени проблемы в материнской сфере. Эти проблемы после аборта только усугубятся. В связи с этим такие женщины нуждаются в посильной поддержке и развитии своего материнства, а не в молчаливом согласии врача дать направление на аборт. Аборт может создать видимость благополучия или способствовать временному облегчению сложностей, однако в перспективе аборт является крайне деструктивным выходом из кризисной беременности.

4.2. Врач и социально-психологическая служба: разделение ответственности и возможности взаимодействия

На практике первым и очень авторитетным специалистом на пути женщины оказывается врач женской консультации.

Поэтому нам на сегодняшний день видится чрезвычайно важной перспектива выстраивания отношений конструктивного взаимодействия между специалистами лечебного учреждения (женская консультация или роддом), куда

обращается женщина с незапланированной или кризисной беременностью, и специалистами социально-психологических служб.

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

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

— **врач акушер-гинеколог:** профессиональное и полное информирование о вреде аборта, о внутриутробном развитии, сопоставление состояния здоровья женщины с возможностью и целесообразностью продолжения беременности;

— **психолог:** психологическое консультирование: личностные и внутрисемейные проблемы, страхи, эмоциональные травмы, анализ текущей ситуации, сомнения; психологическая подготовка к родам

— **социальный работник:** исследование возможных ресурсов финансовой и социальной помощи, сопровождение женщины;

— **юрист:** консультации по вопросам прав и гарантий беременной женщины в сфере трудоустройства, обучения, льготы, гражданство, размеры и условия выплат денежных пособий, продолжительность отпуска и т. д.

В общем случае формы помощи беременным женщинам в кризисной ситуации складываются из трех компонентов:

— медицинское сопровождение
— психологическое консультирование
— социальная и юридическая помощь.

Некоторые врачи считают возможным склонять к аборту «социально неблагополучных» женщин — из соображений «социального блага». «Социальное неблагополучие» при этом — это то, что таковым является в понимании данного врача. В некоторых случаях речь идет о социально дезадаптированных женщинах, не работающих, алкоголизирующихся, имевших в прошлом проблемы с родительскими правами. Бывает, что речь идет о молодых выпускницах детских домов, которые, по мнению медика, не справятся с воспитанием. Иногда в разряд «социально неблагополучных», по мнению врача, могут попасть не слишком состоятельные многодетные мамы.

Тревожные прогнозы врача в данном случае — это его эмоциональные сложности, его субъективное мнение. Но эти сложности не должны управлять

действиями врача. Врач должен смотреть на пациентку исключительно со своей профессиональной — медицинской — точки зрения: как протекает беременность, и какое лечение необходимо (если необходимо).

Вопросами, связанными с родительской компетентностью, зрелостью материнской сферы, лечением сопутствующих (не гинекологических) заболеваний, социальными, бытовыми, профессиональными и прочими сложностями должны заниматься другие профильные специалисты: врач соответствующего профиля, психолог, социальный работник, юрист. Врач, решающий с помощью склонения к аборту «помочь» женщине в её психологических или социальных сложностях, поступает так же неадекватно, как неадекватно поступил бы психолог или социальный работник, взявшийся вести беременность и назначивший лекарственные препараты.

«Вторжение» врача в смежные профессиональные области возможно только в форме информирования о том, что подобные вопросы — это сфера профессиональной компетентности такого-то специалиста, а найти его можно там-то и тогда-то. Консультации с кризисными беременными может проводить и один специалист, но при возможности лучше распределить их по соответствующим специалистам.

4.3. Общая стратегия работы при оказании помощи женщине в ситуации кризисной беременности

Данная стратегия предполагает её реализацию преимущественно силами психологов-консультантов и социальных работников. Но заинтересованное участие врачей, с которыми сталкивается беременная женщина (особенно на шагах № 1 и № 3), будет способствовать повышению общей эффективности работы.

Требования к личности консультанта:

— тактичность, толерантность;

— доброжелательное отношение и сочувствие;

— способность держать при себе свои личные взгляды;

— проработанные собственные травматические переживания, связанные с абортом, если таковые переживания имелись;

— толерантность к агрессии клиента / умение с ней работать;

— умение работать с немотивированным клиентом.

Общие принципы работы:

— максимальное внимание к предъявляемым женщиной проблемам;

— *акцент на позитивные переживания* — симпатия к ребенку, обогащение внутреннего мира женщины через материнство. Взывание к страху, стыду и вине является: а) неэтичным и непрофессиональным, б) неэффективным, так как сводит к нулю доверие к консультанту, усиливает психологическую защиту женщины и осложняет возможность принять беременность.

В следующем фрагменте разделение на шаги условно и сделано во многом для помощи консультанту в структурировании тех типов задач, над которыми ему следует работать. В реальной живой консультации можно сохранять предложенную последовательность, если это удобно. А можно вести неструктурированную свободную беседу с женщиной, удерживая в своем внимании те смысловые блоки, которые следует затронуть.

Шаг первый — диагностика реальных причин решения об аборте.
Нужно выяснить (при условии, естественно, что женщина вообще соглашается на эту тему разговаривать):

— как она сама относится к своей беременности;

— хотела ли бы она ребёнка, если бы все в её жизни было благополучно;

— есть ли у неё страх беременности или родов;

— как относятся к её беременности люди из её ближайшего окружения (муж, родители, родственники);

— знают ли вообще о беременности, если нет, то почему не говорила;

— испытывает ли она давление, заставляет ли её кто-то делать аборт;

— какова вообще семейная ситуация, есть ли проблемы в семье, в отношениях с мужем и родителями;

— какие у неё отношения со значимыми близкими;

— какие у неё отношения с детьми, удовлетворена ли она своим материнством;

— какие проблемы есть у детей, нужна ли помощь специалистов и каких;

— есть ли у неё финансовые сложности (конкретно чего не хватает и в каком объеме);

— знает ли её начальник о беременности и как он к этому относится;

— как складываются её отношения с её акушером-гинекологом;

— есть ли какие-то проблемы по здоровью, связанные с беременностью, и информирована ли она о возможностях получения помощи по её проблеме;

— информирована ли она о последствиях аборта для её здоровья (для её семьи);

— информирована ли она о внутриутробном развитии.

Это можно делать как с помощью структурированного и полуструктурированного интервью, так и в неструктурированной беседе

Шаг второй — обратная связь, мотивирование на получение помощи, разработка поведенческой стратегии.

Нужно рассказать, как её ситуация выглядит с профессиональной точки зрения.

Обязательно подробно рассказать женщине о том, какую именно помощь и у кого (и почем) она может получить конкретно по своему «набору» проблем (и каких изменений можно ожидать при получении этой помощи).

Должно быть уделено внимание психологическим и социальным аспектам, предложены консультации для неё самой, для родственников, предложен перечень социально-бытовых услуг (в том числе предоставление няни, помощницы по хозяйству и т. п.), даны контакты юриста, медика, профильных специалистов для родственников и т. п. — по потребности. Должны быть озвучены возможности получения финансовой и вещевой помощи.

Тут очень важен социальный работник, способный скомплектовать базу специалистов и организаций, которых можно подключать к работе с беременными, установить контакт с людьми, с организациями, к которым женщину можно перенаправлять.

Возможен «контракт» на реабилитацию после аборта с целью профилактики повторения такой ситуации.

Шаг третий — информирование (по необходимости)

— о правах, которые женщина получает при рождении ребёнка (Трудовой кодекс, материнский капитал, пособия, социальные льготы и т. д.);

— о психологических преимуществах рождения ребёнка (особенно если речь идет о втором и последующих детях);

— о последствиях аборта;

— о внутриутробном развитии ребёнка.

С последними двумя пунктами требуется осторожность. Особенно в тех случаях, когда подобным информированием занимается не врач, а психолог или социальный работник. Доведение до сведения пациентки сведений медицинского характера и напрямую касающихся здоровья — это прямая обязанность врача, пациентка это понимает и, как правило, воспринимает как должное. Та же информация, исходящая от представителя другой помогающей профессии с бОльшей вероятностью может быть воспринята как непрошеное

вторжение, оказание давления и т. п. Такой настрой не способствует ни установлению контакта, ни восприятию информации, ни принятию женщиной беременности и ребёнка. А контакт — это основа работы консультанта, без него невозможно оказать женщине помощь в принятии решения о сохранении беременности, даже если предоставить ей абсолютно правильную информацию о возможных осложнениях.

Если женщина и без того склоняется к рождению ребёнка (например, говорит, что хотела бы родить и имеет тяжелые переживания по поводу предстоящего, но не решается противостоять мнению кого-то из близкого окружения/сложным жизненным обстоятельствам), то подробное информирование не является необходимым, оно требуется только в общих чертах, или вовсе не является нужным. Время консультации ограничено, и гораздо полезнее потратить его на работу в пользу укрепления принятия ребёнка, решения каких-то текущих жизненных сложностей, улучшения эмоционального состояния, укрепления способности женщины отстаивать свои собственные желания и т. д. Именно помощь в решении актуальных проблем женщины, а не просветительская интеллектуальная беседа медицинского характера, с бОльшей вероятностью склонит чашу весов в сторону рождения ребёнка.

Если мы видим, что женщина настроена на аборт, то информирование, с одной стороны, будет способствовать усилению травмы. Однако, с другой стороны, часто в практике бывают ситуации, когда женщина узнает об уровне сформированности ребёнка уже после аборта. Эта информация приводит её в отчаяние, она высказывает обвинения в адрес тех специалистов, которые должны были, по её мнению, ей об этом рассказать, но не сделали этого. Переживает сильнейшее чувство вины. Здесь необходимо «зондировать почву» и тонко дозировать информацию, учитывая обстоятельства жизни женщины, отношение к беременности с её стороны и со стороны значимого окружения, актуальное психическое состояние женщины и её способность воспринять информацию в данный момент.

Информирование медицинского характера — всегда сложная дилемма. С одной стороны, есть право пациента на информированное согласие, и непредоставление полной информации является нарушением этой законодательно закрепленной нормы. С другой стороны, правдивая информация об аборте для подавляющего большинства людей является как минимум крайне эмоционально неприятной, зачастую — шокирующей, особенно если подается в сочетании с информацией о внутриутробном развитии. От такого рода информации людям свойственно защищаться рядом способов — обесценить её,

понадеяться на «авось», построить/укрепить аргументированную систему самооправданий на предмет того, почему именно сейчас аборт является единственным возможным выходом. С одной стороны, информация должна быть предоставлена, с другой стороны, она может оказывать действие, как минимум не помогающее женщине сохранить беременность. И то, и другое — правда. Здесь нет и не может быть готового «рецепта», что, как, когда и кому говорить. Консультанту, если он хочет действительно оказать помощь, придется на каждой конкретной консультации, сверяясь со своими профессиональными знаниями и интуицией, решать вопрос о том, в какой форме информирование возможно и полезно.

Информирование должно быть беспристрастным, эмоционально нейтральным. Категорически недопустимо запугивание и эмоциональный шантаж. Важно, чтобы позиция консультанта была прежде всего профессиональной. Цель нашей работы — помощь, а не склонение женщины любыми средствами к тому решению, которое нам видится правильным или проведение с ней «просветительских» мероприятий, которые нам видятся необходимыми.

В сфере предабортного консультирования существует довольно заметный тип консультантов (чаще всего это волонтеры), который во взаимодействии с женщиной ставит себе цель именно «не пустить» её на аборт. Не выявить сложности (эмоционально-личностные, супружеские или семейные, социально-бытовые — любые), которые подталкивают женщину к этому печальному решению, и помочь в их преодолении с надеждой, что она сама в этом случае сохранит дитя по любви к нему, а именно так: «сделать всё, чтобы она передумала делать аборт». Средства выбираются чаще всего шоковые, с особым «нажимом» на информирование о том, как аборт производится, какие потом будут проблемы у женщины и семьи. При этом акцентируются физиологические подробности, информация подается с сильным эмоциональным зарядом, возможно — демонстрируются фото и видеоматериалы «с кровью». По сути эти методы направлены на стимуляцию чувств страха, стыда и вины у женщины. Они могут быть достаточно эффективными, особенно для определенной категории женщин — внушаемых и эмоционально отзывчивых, однако мы считаем их неэтичными и недопустимыми. Кроме того в большинстве случаев подобные методы воздействия приводят к временному усилению защитных механизмов психики женщины, под действием которых она все-таки прерывает беременность, с последующим переживанием деструктивного чувства вины, которое мешает жить, но не мешает вновь попасть в аналогичную ситуацию.

Информировать полно и подробно возможно скорее родственников в случае оказания давления (родители молодых беременных, мужья и т. д.). Да и то в том случае, если менее детализированная информация не привела к изменению позиций, на женщину продолжают оказывать давление, а обсуждение проблем, которые являются настоящими причинами сложившейся ситуации, не является возможным. Под «полно и подробно» имеется в виду изложение исчерпывающего или близкого к исчерпывающему списка возможных осложнений, рассказ о ходе проведения аборта и детальное изложение сведений об внутриутробном развитии на данном сроке. При таком подходе к информированию а) не удастся избежать травматичной информации, б) эта процедура займет столько времени, что на обсуждение чего-то другого его уже просто не останется.

Полное и подробное информирование женщины о последствиях аборта рекомендуется только в том случае, если она по собственной инициативе задает об этом вопрос. И тогда уже нужно говорить, как есть. «Либерализм», «проявления такта» и «уважение к чувствам и правам женщины» в этой ситуации не уместны.

Предоставляя информацию, первоначально следует удерживаться на медицинском или медико-психологическом уровне. Этические, нравственные и религиозные аспекты аборта можно затрагивать и обсуждать только при их значимости для женщины и её согласии на такой разговор.

Шаг четвертый — психологическое консультирование.
Изложение техник и методик проведения психологической консультации хотя бы на базовом уровне не входит в задачу нашего пособия. Ознакомиться с ними можно в профильной литературе, на специальных обучающих курсах или тренингах, в рамках повышения квалификации или самообразования. Владение основами психологического консультирования является ценным навыком для любого специалиста, занятого в обсуждаемой нами области.

Возможные мишени работы:

— Чувства самой женщины (часто жалуются на «запутанность», не понимает сама, чего хочет);

— Снятие болезненного эмоционального состояния (растерянность, тревога, подавленность как реакция на известие о беременности). Эти чувства могут способствовать «преувеличению» сложностей, повышению ощущения своей беспомощности, сужению способности видеть другие выходы из ситуации. Часто при снятии данного эмоционального состояния выход находится сам собой;

— Обучение поведению при оказании давления;

— Враждебность родственников к беременности (консультация с участием родственников);

— Анализ иррациональных страхов (житейских катастрофических представлений) и конфронтация или информирование;

— Супружеские и детско-родительские конфликты (с родителями и детьми женщины), не по поводу данной беременности;

— Проблемы родственников (особенно детей) женщины, не связанные с данной беременностью;

— Травматические переживания, связанные с предыдущими беременностями, родами, выкидышами, абортами;

— Повышение уверенности в родительской компетентности.

Примечания.

1. Разделение на шаги во многом условно. Формат работы с каждой конкретной клиенткой зависит от специфики учреждения, условий работы специалиста, наличия/отсутствия команды других помогающих специалистов.
2. Цели работы можно ставить по-разному:
   — сохранение данной беременности;
   — снижение деструктивных последствий аборта для семьи;
   — профилактика последующих абортов.
3. При выявлении у женщины сильного чувства вины за намерение прервать беременность нужно напрямую рекомендовать НЕ делать аборт, если для этого есть хоть какая-то возможность, приложить все силы к тому, чтобы выйти из ситуации, не прибегая к аборту. Чувство вины является очень сильным предиктором постабортных осложнений. Это нужно довести до сознания женщины, а по возможности — и врача.
4. После предоставления информации и/или начальной психологической работы с актуальными сложностями уместно рекомендовать отложить принятие решения о прерывании/сохранении беременности (насколько позволяют сроки). Нужно обсудить новую информацию с родственниками, прислушаться к своим чувствам после консультации.

Прогноз.

От аборта, как правило, легче отказываются женщины, имеющие моральную поддержку со стороны мужа и родителей. Также это те женщины, которые о намерении сделать аборт заявили спонтанно, не обдумав последствий данно-

го решения. Перспективны женщины, в сознании которых представлена ценность материнства и ценность данного внутриутробного ребёнка.

Но в то же время специалисту не следует полностью опираться на свои прогностические предположения. Имеет смыл работать с каждой женщиной. Иногда самая неконтактная женщина как раз слышит доводы врача или психолога и оказывается готова принять его помощь, а в самой на первый взгляд безысходной ситуации могут быть найдены ресурсы.

4.4. Цели консультирования и сопровождения при кризисной беременности. Варианты выхода из кризиса

Кризис понимается нами как **переломный момент в жизни**, когда два (или более) варианта дальнейшего жизненного пути сталкиваются друг с другом, создают *конфликт*. Для выхода из кризиса человек должен, проделав определенную *внутреннюю работу, принять* один из вариантов и *реализовывать* его. Это решение всегда тяжело и до известной степени трагично, так как оно, при выборе одной из имеющихся альтернатив, предполагает *отказ от остальных* и невозможность вернуться назад, что-то изменить, исправить. Кроме того, кризис ставит перед человеком ряд *вопросов* о его жизни: как я живу? почему именно так? с теми ли людьми? согласен ли я с собой и своей жизнью?

Если сопоставить данные представления о кризисе с жизненной ситуацией женщины с кризисной беременностью, получим примерно следующее.

Конфликтное столкновение вариантов жизненного пути состоит в согласии или отказе женщины принять факт рождения её ребёнка и все последствия, которые то или иное решение за собой повлечет.

Внутренняя работа женщины по преодолению кризиса заключается, прежде всего, в полном осознании последствий того или иного решения. Последствия должны быть рассмотрены как с прагматической точки зрения — удобство, финансовые затраты и пр., удар по собственному здоровью, риск стать неспособной к деторождению, так и с морально-психологической — возможность принять ответственность материнства, с одной стороны, или, отказавшись от рождения ребёнка, жить со знанием этого факта и потенциальным чувством вины и скорби, с другой стороны.

Второй аспект внутренней работы женщины заключается в формировании и поддержании решимости реализовывать выбранный вариант, а также в построении соответствующего поведенческого алгоритма. Зачастую в практике

кризисного консультирования можно встретить ситуацию, когда женщина перескакивает в своей внутренней работе сразу на второй этап, минуя первый «с закрытыми глазами». Это происходит в связи с особым психическим состоянием женщины во время переживания кризиса прерывания беременности, особенно с амбивалентным отношением женщины к принимаемому решению и связанным с этим защитным отрицанием (подробнее см. Глава 3. Особенности психического состояния женщины в период принятия решения о прерывании/сохранении беременности). К сожалению, именно эта ситуация со стороны выглядит как сформированное и твердое решение женщины прервать беременность, с которым специалист не решается дискутировать. Эта иллюзия решимости и создает почву для аргументов противников предабортного консультирования («Не нужно лезть не в своё дело, вторгаться в интимную сферу», «Это личное право женщины — принять решение об аборте, нельзя лишать её этого права»). Заметим, что **данное руководство направлено не на ущемление женщины в её правах, а лишь на то, чтобы она принимала решение, взвесив реальные последствия своего выбора, на то, чтобы предоставить женщине поддержку в кризисной ситуации.**

Совершив эту внутреннюю работу, женщина может *принять* решение о сохранении беременности и *отказаться* от выполнения своих ближайших планов, пересмотреть их. Может, напротив, укрепиться в решении прервать беременность и отказаться от того, что в её жизни будет ребёнок, которого она сейчас носит. Это решение будет окончательным, женщина, реализовав его, уже не сможет позже его изменить. Последствия реализации принятого решения отразятся на всей дальнейшей жизни женщины и её семьи.

Что касается *вопросов,* которые ставит кризис перед человеком, его переживающим, то данная категория женщин чаще всего сталкивается с осмыслением следующих проблем: тот ли мужчина рядом с ней, удовлетворяют ли её отношения с членами её семьи, есть ли на кого опереться среди друзей и родственников. Для психологически незрелых и социально неадаптированных женщин становятся актуальными вопросы о возможности и допустимости легкомысленного сексуального поведения.

Любая кризисная ситуация предполагает некое разрешение, **выход из кризиса.** Выходом из кризиса является момент принятия одного из вариантов поведения, то есть тот момент, после которого уже нет колебаний.

Выход из кризиса может быть *конструктивным* и *деструктивным.* Конструктивный выход — такой, при котором принимается наиболее естественная и благоприятная из имеющихся возможностей, а душевное, психологиче-

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

Как правило, **конструктивный выход из кризиса соответствует сохранению беременности.** Приняв это решение, в большинстве случаев, женщина приходит к миру с собой и исполняется сил для его реализации (регулирование внутрисемейных конфликтов, поиск возможностей и средств для обеспечения ребёнка необходимым уходом и т. д.). **Прерывание беременности является деструктивным выходом из кризиса** с точки зрения психологических, семейных, социальных и демографических последствий (см. раздел 2.3. Аборт как деструктивный выход из кризисной беременности).

Выход из кризиса может быть **окончательным,** истинным, полным. В этом случае решение принимается, и не остается уже никаких колебаний. Однако часто бывает, что женщина, принявшая, казалось бы, решение, позже меняет его. Через некоторое время она может переменить и это новое решение, и так неоднократно склоняться больше то к одной, то к другой альтернативе. Она как будто «мечется» между двумя альтернативами (прерывание/сохранение) и не может окончательно остановиться на чем-то одном. Женщина может открыто высказывать свои сомнения на консультациях, при встречах с врачом, а может косвенно демонстрировать их с помощью противоречивого, нецеленаправленного поведения (пропускать консультации, опаздывать на процедуры, систематически забывать что-либо необходимое для госпитализации или, напротив, постановки на учет по беременности). В этом случае мы имеем дело с **формальным** выходом из кризиса, в то время как внутреннее переживание кризиса и поиск выхода на самом деле ещё продолжаются.

Что касается тех случаев, когда женщина, приняв решение о рождении ребёнка, не приходит в умиротворенное состояние, испытывает сложности в принятии ребёнка, то это свидетельствует о более глубинных психологических проблемах женщины и о том, что ей нужна дополнительная помощь специалиста психолога.

То, насколько истинным и полным будет разрешение кризиса, зависит от того, насколько полно, честно и глубоко пройдена стадия внутренней работы по осознанию последствий выбора. Основные усилия консультанта, особенно при выраженных, очевидных колебаниях, должны быть направ-

лены на продвижение женщины в этой внутренней работе, на преодоление защитного стремления принять решение «с закрытыми глазами».

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

Однако этот идеал часто бывает недостижим — в силу объективной невозможности сохранить беременность или сильного сопротивления женщины, отвержения ею помощи консультанта. Между полным конструктивным выходом из кризиса и выходом деструктивным есть ряд «промежуточных стадий». Опишем варианты этих положительных результатов работы консультанта при невозможности достичь решения о сохранении беременности.

Информированность. Хорошо, если женщина просто выслушает информацию о возможных последствиях прерывания беременности. Чаще всего, женщины, не меняющие своё решение и прерывающие беременность, подвергают эту информацию вытеснению из сознания. Однако при наступлении негативных последствий эта информация, скорее всего, актуализируется, что уже не даст возможности женщине «списать» возникшие проблемы со здоровьем на случайность или халатность/некомпетентность врача, а поможет в осознании того, что эти причины кроются в самом факте аборта. Также полученная информация может актуализироваться при возникновении следующей кризисной ситуации — возможности нежеланной беременности или её возникновении, переживании кризисной беременности самой женщиной, кем-то из знакомых или родственниц женщины. В этом случае повышается вероятность того, что женщина уже не прибегнет к прерыванию как к привычному средству «предохранения» от рождения ребёнка, а также сможет оказать поддержку другой женщине. Широкое распространение достоверной информации о последствиях данного медицинского вмешательства (хотя бы через женщин, переживающих кризисную беременность) способствует постепенному формированию в обществе более адекватного представления об аборте и соответствующего к нему отношения.

Проработанное решение, принятое «с открытыми глазами». Женщина, даже приняв информацию и проделав необходимую внутреннюю работу, может, по ряду причин, не переменить своё решение. Однако тот факт, что она была

проинформирована о возможных последствиях, о возможных путях помощи, и уже после этого отказалась от решения родить ребёнка, в отдаленной перспективе более благотворно скажется на её психическом состоянии. Приняв проработанное, осознанное решение, она будет воспринимать себя уже не как жертву непреодолимых обстоятельств, а как человека, который взвесил все «за» и «против» и готов нести ответственность за свой поступок. С точки зрения психического благополучия эта ситуация гораздо более благоприятна, даже если впоследствии женщина испытает раскаяние и чувство вины. По крайней мере ей самой будет понятно, что её положение проистекает из её решения и её поступка, а не из стечения обстоятельств, случайностей. Человек лучше справляется с трудностями, если понимает свою роль в их происхождении, свой вклад. Страдание и чувство вины становятся непреодолимыми, если они непредсказуемы и неконтролируемы, возникают по непонятным для человека причинам. Осознанное принятие решения дает женщине возможность анализа и контроля по отношению к потенциальным, могущим возникнуть физическим, психологическим и семейным последствиям прерывания беременности.

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

Возможность осознать свой поступок позже. Отвлечемся от медико-психологической тематики, так как прерывание беременности в восприятии людей неразрывно связано с морально-этическими вопросами. Большинство людей негативно относится к аборту. То же самое можно сказать и о женщине, принявшей решение о прерывании беременности, с той лишь разницей, что она защищается от осознания всей серьезности своего поступка, особенно, если он был совершен без достаточных, по мнению женщины или её близких, на то оснований. Невозможность осознать своё чувство вины парадоксальным образом делает его особенно тяжелым. Женщина после аборта может десятилетиями мучиться от неосознанной, подспудной тяжести, невозможности наладить отношения с детьми, конфликтов с мужем, непонятно откуда взяв-

шегося недовольства собой. Честная и полная информация, предоставленная женщине на этапе кризисного консультирования, даже если тогда она была встречена враждебно, может актуализироваться некоторое время спустя. Зачастую именно это помогает женщинам признать свою вину перед собой и нерожденным ребёнком, принять тот факт, что прерывание беременности было ошибкой, слабостью. Это открывает путь к тому, чтобы суметь простить себя самой, уйти от фиксации на прошлом и бесплодных самообвинений, начать заботиться о своей жизни и близких людях.

4.5. Особенности психического состояния женщины в период принятия решения о прерывании/сохранении беременности. Специфика взаимодействия.

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

Растерянность и шок. В случае известия о незапланированной беременности или подозрениях на какие-либо осложнения при желанной беременности женщина склонна испытывать растерянность. Иногда это чувство бывает очень сильно выражено и доходит до уровня шока. Женщина не может справиться со «свалившимся» на неё неожиданным известием, ей трудно сразу сориентироваться в новой, незапланированной ситуации. Основная мысль, звучащая в её сознании, — «Я не знаю, что мне теперь с этим делать». Внутренние ресурсы, направленные на конструктивное и планомерное решение проблемы, в состоянии растерянности снижены практически до нуля. Женщина может либо просто пребывать в состоянии психологической «оглушенности», либо искать совета, подсказки.

Это состояние растерянности является психологически закономерной и понятной реакцией на незапланированную ситуацию, и в норме само проходит через некоторое время, после чего человек принимается за действия по

решению проблемы. В описываемой нами ситуации решение об аборте может возникать двумя путями:

— «подсказка» кого-либо из близкого окружения женщины (можно рассматривать как форму давления);

— импульсивное самостоятельное решение женщины, основанное на тиражировании собственного абортивного опыта (повторный аборт, привычное решение привычной проблемы) или тиражировании социального абортивного опыта (распространенность абортов как средства выхода из подобных ситуаций).

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

Что с этим делать?

1. Успокоить, объяснить её состояние, посочувствовать.

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

Чего делать нельзя

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

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

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

— прямые вербальные сообщения о сомнениях («Не могу решить…»);

— рассуждения о преимуществах и недостатках одного и другого решения;

— вопросы о последствиях аборта, обращение к жизненному опыту врача (или другого специалиста), прямое обращение к специалисту за советом;

— эмоциональная напряженность, нервозность, плач (или «глаза на мокром месте») без высказывания сомнений или даже при утверждении, что намерение сделать аборт является твердым, взвешенным и окончательным.

Что с этим делать?

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

Данная рекомендация обоснована тем, что пациентки, реализовавшие решение о прерывании беременности в состоянии амбивалентности, в подавляющем большинстве случаев раскаиваются в своем поступке некоторое время спустя. Многие из них сильно страдают и характеризуют свои дальнейшие переживания как «пожизненное чувство вины и горе». Особенно трагичными являются случаи, когда в результате аборта наступают осложнения, в том числе необратимые.

2. Если есть признаки амбивалентности, но женщина не говорит о своих колебаниях (но и не отрицает их), можно напрямую спросить у нее: «Вы сомневаетесь[4] в принятом решении?» или проговорить своё впечатление в фор-

[4] В реплике специалиста обязательно должны прозвучать слова, указывающие на сомнения, колебания. Это даст женщине возможность раскрыть свои переживания. Если строить свой вопрос через слово «уверенность» (например, «Вы окончательно уверены в своем решении?»), то для пациентки это скорее будет означать необходимость формального подтверждения её согласия, которое нужно врачу, чтобы дать ей направление.

ме я-сообщения: «Я беседую с Вами, и у меня складывается впечатление, что Вы все ещё колеблетесь, что у Вас есть сомнения в том, что аборт — правильный выход».

После подобных реплик женщина, скорее всего, заговорит о том, что её тревожит. Следует поощрять её к высказыванию амбивалентности («Расскажите об этом поподробнее», «Скажите, что именно заставляет Вас сомневаться?», «Каковы Ваши опасения в связи с абортом?»). Необходимо, чтобы женщина как можно более подробно высказалась. Это поможет ей лучше понять своё состояние, увидеть реальный уровень сложностей, более взвешенно принять решение.

3. Если женщина, явно проявляющая амбивалентность, на словах отрицает свои сомнения, полезно бывает указать ей на её невербальные проявления (например, так: «Хорошо, Вы уже все решили. Но почему Вы плачете?»).

Если женщина признает, что ей все же тяжело принять это решение, можно продолжать беседу с целью выявления и осознания сомнений, амбивалентности (см. п. 2), поиска альтернативного прерыванию беременности выхода.

4. После того, как пациентка выскажет свои сомнения и страхи, следует, на основании научных данных и клинического опыта, подтвердить, что из сказанного ею может реально произойти. Необходимо быть объективным, предоставлять правдивую информацию и избегать «ложного успокоения» пациентки. Например, женщина говорит, что боится медицинских осложнений и думает, что после аборта будет сожалеть о нерожденном ребенке. Специалисту следует честно подтвердить, что так действительно бывает, призвать женщину ещё раз сопоставить, с одной стороны, риск возможных последствий и, с другой стороны, усилия, которые от неё потребуются, если она решит сохранить беременность, при этом не забывая о её личных и внешних ресурсах, которые можно привлечь в этой ситуации. **Она должна прочувствовать, решить, что для неё будет действительно лучше в масштабе всей жизни, а не ситуативно легче.** Далее беседу можно строить, опираясь на п. 1.

Чего делать нельзя:

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

2. Нельзя, сталкиваясь с теми или иными проявлениями амбивалентности, обращаться к пациентке с общими фразами типа: «Не волнуйтесь, все будет хорошо», «Успокойтесь, все в порядке» и т. п. Во-первых, Вы не знаете, будет ли все хорошо. Ни один добросовестный врач не даст пациентке, иду-

щей на прерывание беременности, гарантию безопасности и отсутствия осложнений. И что Вы будете делать, если случится так, что «не все хорошо»? Во-вторых, подобные реплики не успокаивают, а загоняют сомнения и переживания «внутрь» и создают лишь видимость спокойствия. Колебания, не высказанные и не проработанные, могут в любой момент подняться на поверхность и сделать поведение женщины непредсказуемым[5], а могут, спустя довольно продолжительное время, выразиться в некоторых формах психического или психосоматического неблагополучия.

3. Нельзя скрывать эмоционально неприятную информацию об аборте (или просто обманывать пациентку) с целью её «успокоить». Во-первых, повторяем, Вы не можете дать гарантию того, что данная операция пройдет без осложнений. Во-вторых, по ныне действующим правовым нормам, пациент имеет право на **информированное согласие** на любое медицинское вмешательство. Соответственно, подобные действия врача нарушают закон и могут стать поводом для судебного разбирательства. И в-третьих, просто с человеческой точки зрения, не забывайте о том, что прерывание беременности — это не просто операция, это очень серьезный шаг в жизни женщины и она имеет право идти на него с открытыми глазами, даже если это грозит определенными эмоциональными затратами для персонала.

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

«Тоннельное сознание». Это феномен, свойственный многим острым кризисным ситуациям, в частности, в подобном состоянии совершается большинство суицидов. «Тоннельное сознание» характеризуется тем, что человек не справляется с неожиданно «свалившейся» на него ситуацией, теряется и из множества возможных вариантов развития событий и собственного поведения видит только один (как будто находится в тоннеле). Самой деструктив-

[5] Известны случаи, когда женщины, после подобных «успокоений», ложились на аборт, в последний момент уходили буквально с кресла, учиняли скандалы в отделении, преследовали врачей, которые их «обманули».

ной чертой этого состояния является неспособность человека самостоятельно рассмотреть альтернативные варианты решения имеющейся у него проблемы (а порой даже задаться вопросом о наличии альтернативных вариантов). Так, молодая девушка может бояться агрессии со стороны родителей, если она прямо сообщит им о беременности (во-первых, они совершенно не обязательно рассердятся, а во вторых, можно подготовиться к этому разговору и провести его так, чтобы обеспечить свою психологическую безопасность); жена, поссорившаяся с мужем, решает прервать беременность, даже не попытавшись с ним помириться; женщина, которая боится остаться без работы и без средств к существованию, идет на аборт, хотя можно было бы проконсультироваться с юристом о том, насколько её страхи обоснованы, обратиться в организации, помогающие беременным женщинам в трудоустройстве или предоставляющие временную спонсорскую помощь и т. д. Здесь показано лишь несколько примеров, перечень которых далеко не полон.

В общем виде можно сказать следующее: прерывание беременности почти никогда не является единственным выходом из сложной ситуации. Просто женщина, не ожидавшая беременности, растерявшаяся, находясь в «тоннельном сознании», не видит альтернатив, воспринимает свою ситуацию как тупиковую.

Что с этим делать?

Прежде всего, нужно выслушать рассказ пациентки о причинах, жизненных сложностях, толкающих её на прерывание беременности. Слушать нужно внимательно, не перебивая; при необходимости задавать уточняющие вопросы. К тому, что говорит пациентка, следует относиться с доверием и уважением. Даже если Вам, как лицу невовлеченному, её доводы кажутся абсурдными[6], для неё это — её реальные переживания, страхи, размышления.

Вместе с пациенткой задаться вопросом, действительно ли то, что ей видится в будущем в связи с сохранением беременности, так неизбежно, тяжело, непереносимо. Может быть, она сможет справиться с этими сложностями.

[6] Например, женщина 20 с небольшим лет, замужняя, не имеющая медицинских, финансовых, социальных и т. п. проблем, намеревалась сделать аборт в связи с тем, что у неё уже есть маленький ребёнок, и она не сможет на последних месяцах второй беременности вывезти его в коляске на улицу, потому что у неё будет большой живот. Следует заметить, что вообще она хотела второго ребёнка и переживала по поводу предстоящего прерывания беременности. Только в беседе с консультантом она поняла, что к тому времени, когда у неё будет этот самый «большой живот», старший ребёнок уже научится ходить. К тому же, в крайнем случае, можно будет попросить помочь выйти на улицу кого-то из родственников или соседей, с которыми у неё хорошие отношения, и они ей вряд ли откажут. Заметим, что, несмотря на то впечатление, которое производит эта ситуация, речь здесь идет не о сниженных интеллектуальных способностях пациентки, а о «тоннельном сознании», которое сужает поле восприятия человека и замыкает его на одном (чаще всего — не самом лучшем) решении.

Целесообразно хотя бы коротко обсудить с пациенткой возможные альтернативы, привести известные из клинической практики или жизненного опыта примеры женщин, находившихся в подобной ситуации и нашедших возможность решить проблемы, не прибегая к аборту. В большинстве случаев срок беременности позволяет женщине потратить ещё несколько дней, она может хотя бы попробовать выйти из положения другим способом. А уж если не получится, то сделать аборт она ещё успеет.

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

Чего делать нельзя:

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

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

Женщины, переменившие своё решение, сохранившие беременность, придя в себя, описывают это состояние как «временное умопомешательство»

и бывают очень благодарны тем, кто помог им не поддаться панике. Это состояние носит транзиторный (преходящий) характер, оно со временем проходит. Однако если бы женщину в этот момент обследовал врач-психиатр, она могла бы получить диагноз из кластера «Расстройства, связанные со стрессом». В таком состоянии противопоказано принимать серьезные, ответственные решения.

Что с этим делать?

Прежде всего можно констатировать для женщины, что она пребывает в состоянии тревоги и растерянности. Следует предложить женщине не принимать окончательного решения в таком состоянии.

Следует признать естественность и уместность её переживаний и тревог, реальность некоторых предстоящих проблем и трудностей, но при этом выразить надежду на то, что она, возможно, недооценивает свои силы и возможности

Полезно предложить женщине обратиться к своему прежнему жизненному опыту, задать ей вопрос о том, случалось ли ей раньше попадать в ситуации, которые поначалу казались ей тупиковыми, но потом ей удавалось найти разумный конструктивный выход.

Полезно бывает разобрать каждый сюжет страха по отдельности и поискать в жизни женщины (в её опыте, особенностях личности, эмоциональной и инструментальной поддержке со стороны родственников и знакомых, объективных обстоятельствах) ресурсы для субъективного и объективного преодоления высказанных опасений.

Женщине можно посоветовать немного отдохнуть, выспаться, позаниматься чем-то для неё приятным, а после этого ещё раз обдумать свои тревоги, обсудить с членами семьи или консультантом, насколько они действительно правдивы и серьезны.

Чего делать нельзя:

Нельзя торопить женщину с принятием окончательного решения.

В случае, если тревоги консультанта созвучны тревогам кризисной беременной, нельзя говорить «да, это действительно страшно» и «у меня то же самое». Авторитет, которым обладает консультант в глазах женщины, может сыграть злую шутку: подтверждение страха может усугубить и зафиксировать страх, с которым, возможно, женщина справилась бы без такой «помощи».

Нельзя (в той или иной форме, из тех или иных побуждений) предлагать сюжеты для дополнительных страхов.

Подавленность. Кризисная беременность (неожиданная, начавшаяся при неблагоприятных, по мнению женщины, жизненных обстоятельствах) с эмоциональной точки зрения является тяжелым испытанием. Решение о прерывании беременности дается женщине нелегко. Фон настроения в этот период является сниженным, преобладают эмоции депрессивного спектра: тоска, печаль, растерянность, тревожно-депрессивыне симптомы, апатия, чувство усталости, упадок сил, утрата интереса к прежде любимым делам. Могут наблюдаться соматические компоненты депрессии: нарушения сна и аппетита, тягостные или болевые телесные ощущения. Обращаем внимание специалистов на то, что эти проявления могут быть связаны не с беременностью, а с сопровождающим её субдепрессивным состоянием. В тяжелых случаях может наблюдаться клинически выраженное реактивное депрессивное состояние.

Даже если эти симптомы представлены несильно, на субклиническом уровне, они все равно мешают женщине адекватно оценить свои силы (как и в случае с тревогой), заставляют её преувеличивать проблемы и недооценивать свои возможности совладания. Подавленность, как и тревога, является транзиторным расстройством, со временем состояние женщины нормализуется, и она может недоумевать по поводу того, что ей все виделось в столь мрачном свете. Эту подавленность (по сути — депрессивную реакцию) можно сравнить с послеродовой депрессией, которая бывает даже у женщин, которые хотели рождения ребёнка.

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

Что с этим делать?

В случае, если женщина интерпретирует своё состояние (особенно соматические компоненты) как неблагоприятное течение беременности, ей следует разъяснить связь её самочувствия с чувством подавленности.

Информировать женщину об особенностях восприятия и оценки информации в этом состоянии (переоценка тяжести событий, недооценка своих сил) и о транзиторном (временном) характере данного состояния.

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

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

Чего делать нельзя:

Как и в случае с другими негативными переживаниями, искажающими оценку информации, консультанту нельзя «заражаться» этим эмоциональным состоянием и некритично воспринимать доводы женщины.

С другой стороны, нельзя небрежно относиться к озвученным переживаниям и отзываться о них в легкомысленно-пренебрежительном тоне («Ерунда, на это даже не стоит тратить время»).

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

Эмоциональная нестабильность. Настроение женщины может быть крайне нестабильным. Это является отчасти реакцией на стресс, а отчасти физиологическим состоянием, связанным с беременностью и обусловленным гормональными изменениями. Особенно это свойственно женщинам, которые и до беременности отличались импульсивностью, неустойчивостью аффекта. Эмоциональная нестабильность женщины усиливает её амбивалентность, колебания по поводу решения о прерывании беременности.

Также таким женщинам свойственна особая эмоциональная уязвимость, из которой проистекает импульсивность поведения. Эмоционально нестабильная женщина может прийти за направлением на аборт, будучи подавленной каким-то событием или разговором с родственниками, воспринимая свои проблемы как неразрешимые («тоннельное сознание»). При этом уже через несколько часов после начала фазы подавленности (отчаяния) её настроение может резко измениться, появится альтернативный выход. Трагично, если за эти несколько часов женщина совершит аборт.

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

Что с этим делать?

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

Также нужно наблюдать за состоянием женщины во время консультации. Это даст дополнительную диагностическую информацию.

Сообщить женщине о выявленных Вами особенностях её эмоциональной сферы и поделиться мыслью о том, что, в связи с этими особенностями, целесообразным является принятие решения в спокойной обстановке (можно обеспечить с помощью психологического консультировании) в течение некоторого более или менее продолжительного времени.

Можно поделиться опасением, что, при смене эмоционального состояния, отношение к беременности и аборту, на который она сейчас записывается, также изменится.

Чего делать нельзя:

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

Отрицание (психологическая защита). Женщина в описываемом состоянии пытается защититься от неприятной для неё информации. В большинстве случаев женщины перед прерыванием беременности не хотят ничего слышать о возможных последствиях этой процедуры для их здоровья (и, косвенно, для

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

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

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

Что с этим делать?

1. Консультанту следует иметь в виду, что попытки женщины отказаться от информации о прерывании беременности основаны не на имеющихся у неё знаниях или твердой решимости (как она сама пытается это представить), а на защитном механизме. В связи с этим некоторая настойчивость, проявленная консультантом, будет не бестактностью, а попыткой не оставлять пациентку без помощи в тяжелой для неё ситуации[7].

В случае выраженного отрицания консультант может начать свою речь примерно так: «Я понимаю, что Вы уже приняли решение. Я не могу и не имею

[7] Для сравнения можно привести пример пациенток с нервной анорексией (или, в качестве экстремальной ситуации — суицидентов). Это люди, находящиеся во власти неблагополучного психического состояния, которые утверждают, что они имеют право распоряжаться своим телом, здоровьем, жизнью. Они отказываются осмыслять информацию о том, что они наносят вред своему здоровью, требуют, чтобы их оставили в покое и не мешали. Но ведь в этой ситуации врачам и родственникам не приходит в голову «не мешать».

право заставлять Вас его менять. И никто этого не может. Однако по действующему законодательству пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. Поэтому я обязан рассказать Вам о последствиях. Кроме того, часто бывает так, что женщины думают, что они знают достаточно, однако при наступлении осложнений выясняется, что это было не так, они потом жалеют о прерывании беременности и даже испытывают гнев по отношению к тем, кто их не предупредил, хотя должен был. Я Вас не разубеждаю и не пугаю, я лишь исполняю свои служебные обязанности — даю Вам возможность принять решение не вслепую, а на основании достоверной информации, взвешенно и разумно».

Конечно, консультируя женщину с выраженным отрицанием, нужно стараться вести себя гибко и осторожно, чтобы не спровоцировать усиление защитного механизма.

Чего делать нельзя:
Категорически нельзя при сильно выраженном отрицании предъявлять эмоционально шокирующую информацию. Усиление психологической защиты (и, как следствие, невозможность эмоционального контакта с консультантом, доверия к нему и его словам) обеспечено.

Нельзя конфронтировать с отрицанием женщины, что называется, «в лоб». Например, «Вы не хотите об этом думать, потому что боитесь. Но думать об этом и знать надо. А незнание не защитит Вас, и будет у Вас то-то и то-то». Отрицание — достаточно сложное в работе психолога явление. Оно может само ослабевать при установлении доверительных отношений, при ощущении женщины, что она находится в психологической безопасности. Попытки «пробить» отрицание приводят к обратному эффекту.

Защитная агрессивность. Есть женщины, которые на попытки приступить к консультации реагируют агрессией. Агрессия может быть прямой — крик, упреки, брань и оскорбления, а может быть косвенной — неуместная ирония, перевод разговора на посторонние темы, молчание в ответ на вопросы и пр. проявления саботажа. Такого рода агрессия пациенток напрямую связана с сильным отрицанием и, соответственно, амбивалентностью.

Естественной реакцией человека, столкнувшегося в такой ситуации с агрессией, является отступление. Однако, зная, чем вызвана агрессия в данном случае, необходимо попытаться все же работать с такой женщиной.

В идеале нужно стремиться пройти программу консультации от начала до конца (диагностика состояния женщины и её сложностей, информирование о процедуре и последствиях, поиск альтернативных выходов), но ориентироваться следует на то, насколько женщина разрешит продвинуться. Неплохим результатом работы в этом случае будет просто информирование женщины о серьезности вмешательства по прерыванию беременности с целью профилактики последующих прерываний.

Что с этим делать?

Прежде всего нужно попробовать снизить агрессию. Прямая конфронтация («Как Вы себя ведете? Вы сейчас разговариваете со специалистом, который выполняет свои прямые должностные обязанности!» и т. п.) здесь мало уместна, но в случае необходимости может быть допущена.

Лучше начать со следующей фразы: «Я понимаю, что Вам очень неприятны разговоры на эту тему. Это тяжелое решение, и, похоже, Вы нервничаете. Здесь все понятно, я не обижаюсь. Но все же в мои обязанности входит проговорить с Вами некоторые моменты относительно намерения прервать беременность, проинформировать Вас о последствиях».

Далее можно по необходимости произнести текст, приведенный для работы с отрицанием.

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

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

Необходимо относиться с критикой к привычным социальным стереотипам, например к таким как: рождение ребенка до брака, рождение ребенка после 40 лет, рождение третьего и последующих детей. Несомненно, лучше ро-

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

Чего делать нельзя:

1. Отвечать агрессией. Это исключит возможность конструктивного диалога и сведет консультацию к ссоре/скандалу.
2. Относиться к такому поведению как к следствию твердого решения об аборте.
3. Поддаваться привычным социальным стереотипам восприятия ситуации женщины.

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

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

Что с этим делать?

1. Консультант может попробовать озвучить, выразить словами ощущение одиночества. Это часто помогает в налаживании контакта, а также обостряет у женщины понимание масштаба взятой на себя ответственности, способствует осознанию женщиной себя уже не только жертвой обстоятельств, но и человеком, способным по-разному вести себя в этих обстоятельствах. Важно и то, что женщины, осознающие своё одиночество, беспомощность перед лицом

данной проблемы, лучше откликаются на предложенную помощь, вовлекаются в поиск альтернативный путей выхода из кризиса, принимают поддержку.

Чего делать нельзя:

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

Личностные особенности и особенности коммуникации женщин, затрудняющие кризисное консультирование

Существуют некоторые специфические черты, которые сильно затрудняют установление контакта и проведение консультации. Перечислим те, которые встречаются наиболее часто:

1. Неумение, нежелание принимать помощь, установка «должна справляться сама, нужно рассчитывать только на себя».
2. Высокая планка ожиданий и запросов, «у моего ребёнка должно быть все самое лучшее», перфекционизм.
3. Жесткие внутренние установки: представление о «нормальном» количестве детей в семье, об условиях, необходимых для рождения ребёнка и др.
4. Вопрос к консультанту на тему «а есть ли у вас дети», «есть ли у неё муж» и пр.
5. «Эффект фасада», вежливое согласие со всем, что говорит консультант при полном отказе вступать в контакт.

Прежде всего, такие «подводные камни» нужно выявлять. Если консультант пытается работать, игнорируя их, то, скорее всего, «корабль сядет на мель».

Выявив одну из таких установок/особенностей коммуникации, можно просто иметь их в виду, чтобы понимать источник трудностей в проведении консультации. Можно — и иногда бывает необходимо — озвучить, что Вы сделали такую находку и что при такой установке затруднительно провести полезную для женщины консультацию. Далее следует предложить обсудить саму эту установку: ситуация кризисной беременности — ситуация сложная по ряду показателей. И чтобы выйти из неё с наименьшими потерями (а в хоро-

шем случае — с выигрышем), иногда приходится модифицировать (на время откладывать в сторону) убеждения и схемы, с которыми мы жили много лет и которые были полезны в других ситуациях.

Работая с такими установками женщины, консультанту следует проявлять терпение, но в то же время не пасовать, проговаривая возможные мотивы этих установок или прямых вопросов, например: «Спрашивая есть ли у меня муж и сколько у меня детей, вы, наверное, хотите узнать, насколько я вообще смогу понять вашу ситуацию», либо «Ваше желание, чтобы у ребёнка, во что бы то ни стало, было все самое лучшее, возможно, как-то связано с Вашим личным жизненным опытом или с какой-то ситуацией, когда вы в этом нуждались».

ГЛАВА 5

Рекомендации по работе с основными категориями кризисных беременных

Приведем краткие рекомендации по работе с наиболее типичными категориями кризисных беременных. Это поможет специалисту, консультирующему женщину с кризисной беременностью, выстроить более эффективное взаимодействие с пациенткой, что может стать основой для предостережения её от импульсивного шага и, в конце концов, для сохранения жизни ребёнка.

Негативное отношение к беременности со стороны женщины может быть обусловлено рядом факторов.

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

Рекомендации

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

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

Первая беременность, страх родов, психологическая неготовность к роли матери. Как показывает опыт работы с беременными женщинами, первая беременность (особенно незапланированная) вызывает у подавляющего большинства современных женщин чувство растерянности, страха. Это понятная реакция, так как большинство из них не имеет опыта общения с младенцем до появления собственного первенца, немногие молодые беременные общались с другими женщинами, которые уже выносили и родили детей. А неизвестность — так устроена психика — естественным образом вызывает тревогу. Зачастую у женщины возникают мысли, что ей ещё рано, она не готова заботиться о ребенке, из неё получится плохая мать. Следует отметить, что, во-первых, эти мысли не связаны напрямую с возрастом женщины, а во-вторых, подобные прогнозы почти никогда не сбываются. Напротив, женщина волнуется именно потому, что *уже чувствует ответственность за ребёнка*, и, скорее всего, станет добросовестной, заботливой матерью. Кроме того, многие женщины воспринимают беременность почти как болезнь, а родов просто-напросто боятся. Именно с этими нереалистичными опасениями связаны тревоги женщины при первой беременности. Если страхи очень сильные, или есть какие-то дополнительные сложности иного плана (семейные отношения, социально-бытовые и т. п.), то возникает импульсивное, основанное на страхе желание избавиться от ребёнка.

Рекомендации

Прежде всего, нужно переформулировать тревогу женщины, которую она воспринимает как нежелание сохранить беременность, в чувство ответственности за судьбу ребёнка — то есть истинное материнское чувство. Это можно сделать, например, так: «Вы говорите, что не готовы стать матерью, Вам ещё рано, Вы чего-то не умеете, не знаете, это слишком большая для Вас ответ-

ственность. 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 полугода, чтобы и морально подготовиться к этому моменту, и создать для малыша необходимые условия. Но, прежде всего, нужно не посягать на самое необходимое для ребёнка — его жизнь».

После этого можно переходить к обсуждению других имеющихся проблем. Если женщина боится родов, нужно рассказать ей о том, как в норме проходит этот процесс. Можно предоставить литературу по данной теме, направить в группу по подготовке к родам. Иногда достаточно бывает простого утешения, что женский организм приспособлен к беременности и родам, это естественные (в отличие от прерывания беременности) процессы[8]. Если основным аргументом против ребёнка остается неготовность женщины к роли матери, необходимо направить её на психологическое консультирование, где она сможет обсудить свои страхи, получить поддержку. Можно также посоветовать женщине поговорить на эту тему с её знакомыми, спросить, было ли у них чувство неуверенности, были ли у них подобные проблемы, как они их решили, пожалели ли о рождении ребёнка. Можно посоветовать информационную литературу по уходу за новорожденным, тематические Интернет-сайты.

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

[8] Одной молодой беременной психологически очень помогла шутка консультанта: «Нас же всех родили, и ничего. Вот, видите, люди по улицам ходят. Их всех родили. Некоторые родили кого-то еще. И вообще, женщины уже давно этим занимаются и научились неплохо справляться».

но сделать срочно, как я это успею, когда я теперь смогу вернуться к запланированному, начатому, незаконченному?». Подобные размышления могут вызывать досаду, легкую тревогу и эмоциональный дискомфорт, а в некоторых случаях серьезно пугать женщину, доводить до паники и чувства полной беспомощности. В данной ситуации мысль об аборте приходит в связи с желанием «отложить» зачатие «до лучших времен», но не является истинным нежеланием родить этого ребёнка.

Рекомендации

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

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

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

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

Следует подчеркивать, что, уж если речь идет об аборте, то мы говорим не о том, что «вот лучше бы забеременеть на годик-другой попозже», а о том, что она *уже* беременна. Возможно, в её обстоятельствах действительно разум-

нее было бы отложить зачатие, но когда зачатие уже совершилось и речь идет об уже развивающейся беременности, то приходится сравнивать бытовые неудобства и вред аборта. Последнее зачастую оказывается гораздо хуже.

Если женщина говорит, что она «в принципе» хочет ещё детей или же планировала забеременеть через какой-то конкретный промежуток времени, нужно спросить ее, чего она хочет достичь к тому моменту, когда планирует беременность. Как правило, речь идет о завершении каких-то текущих дел, определенном уровне стабильности и благополучия. Здесь есть три принципиальных момента. Во-первых, является ли сегодняшняя ситуация совершенно неподходящей, или же можно как-то пересмотреть свои планы, что-то сделать побыстрее и т. д. Во-вторых, бывают ли вообще ситуации, идеальные для рождения ребёнка? Жизнь никогда не поддается нашему контролю на 100%. Как правило, достигая желаемого, планируемого, мы, с течением времени, получаем и новые проблемы, требующие решения. Так рождение ребёнка можно откладывать очень долго, все время что-то будет мешать. И, в-третьих, следует обратить внимание на возможные постабортные осложнения, которые могут нарушить её планы «сейчас отложить и забеременеть через полгодика». Это очень серьезно: вместо желанной беременности в определенный женщиной срок она может получить длительное лечение после прерывания уже развивающейся и благополучно протекающей беременности.

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

Нарушение конкретных планов, связанных с образованием, карьерой, отпуском и 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 закончить (поступить в) институт», «через полгода меня повышают в должности с серьезным повышением зарплаты; если я уйду в декрет, этого не будет», «мы с мужем уже несколько лет хотим провести отпуск вместе; через три месяца мы едем отдыхать в Испанию, а беременным не рекомендуется смена климата и

перелеты», «мы купили квартиру, сейчас нужно закончить ремонт, потом собирать вещи, переезжать, обживаться на новом месте; я не смогу все это делать, будучи беременной» и т. п. Эти доводы бывают объективно достаточно вескими, но иногда и совершенно легкомысленными[9]. В любом случае, как и при любой незапланированной беременности, речь идет не об истинном неприятии этого ребёнка, а о желании «отложить» беременность и исполнить свои намеченные планы.

Рекомендации

Общий принцип построения и содержание беседы — как при консультировании по поводу незапланированной беременности.

Основное отличие в том, что в данной ситуации можно максимально сфокусироваться на конкретных обстоятельствах. Прежде всего, следует выяснить, можно ли просто отложить то, что запланировано; можно ли совместить это с беременностью.

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

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

Нужно выявить все возможные *ресурсы помощи и поддержки*. Кто из родственников, друзей, знакомых мог бы оказать ей помощь и какую именно? Какие свои неотложные дела она может кому-то делегировать? К кому можно обратиться с той или иной просьбой? Можно ли, например, в случае с переездом,

[9] В нашей практике был случай, когда пара молодоженов была намерена прервать первую беременность, чтобы не отменять свадебное путешествие за границу. При этом резус крови жены был отрицательным, а у мужа — положительным.

не вдвоем с мужем упаковывать вещи (что действительно долго и физически тяжело), а позвать кого-то из друзей, например, тоже супружескую пару, с тем, чтобы женщины занялись легкой работой — упаковкой, например, одежды, а мужчины разбирали бы мебель, упаковывали книги и т. д. Есть ли среди близких кто-то социально активный, кто мог бы взять на себя организационную сторону: поиск организаций, занимающихся ремонтом и перевозками, переговоры, контроль качества выполнения работ и т. д. Такой человек избавит беременную женщину от множества мелких стрессовых ситуаций, которые ей, действительно, ни к чему. Можно также подумать о том, есть ли у семьи средства, чтобы нанять кого-то для выполнения работ, которые женщина, не будучи беременной, планировала сделать сама. Можно ли попросить у кого-то взаймы и на каких условиях или найти какую-то подработку на короткий срок? Можно предложить женщине немедленно приступить к установлению подобных договоренностей: «Я беременна, у меня ожидается переезд, мне понадобится такая-то помощь через такой-то срок. Сможешь?».

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

Желательно также выяснить, какие у неё отношения с начальством, можно ли найти какие-то взаимоприемлемые условия, при которых она, не прерывая беременность, могла бы не лишаться полностью служебных перспектив.

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

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

Наличие в анамнезе тяжелой беременности и/или родов. Если в прошлом женщина перенесла тяжело протекавшую беременность, сопровождавшуюся плохим самочувствием, обострением хронических заболеваний или тяжелые, осложненные роды, она может бояться, что данная беременность принесет ей те же проблемы. Угроза прерывания данной беременности увеличивается, если в той, прошлой ситуации, осложнения, связанные с беременностью и родами, угрожали не только здоровью, но и жизни женщины. Дополнитель-

ным неблагоприятным фактором (даже и при физиологической беременности и родах) является негативный опыт взаимодействия с медицинским персоналом — его неэффективные, непрофессиональные действия, ошибки, халатность, черствое отношение, грубость и т. д. Особенно плохо, если тяжелая беременность (роды) была единственной в жизни женщины (то есть она не имеет позитивного опыта в этой сфере). Женщина может думать и чувствовать примерно следующее: «Я уже тогда натерпелась, со мной было то-то и то-то, я понесла такие-то потери, получила такие-то осложнения. Я не готова, не могу, не хочу переживать этот ужас ещё раз».

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

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

Рекомендации

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

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

Необходимо направить женщину на медицинские обследования, которые помогут спрогнозировать некоторые особенности протекания данной беременности, риск повторения осложнений. Необходимо также проинформировать женщину, что ряда проблем можно избежать или скорректировать их при своевременном обращении к врачу с соответствующими жалобами. Можно сказать примерно следующее: «Я понимаю, как тяжело Вам дался Ваш ребёнок, сколько всего Вам пришлось пережить. Теперь Вы боитесь, что это может повториться, и поэтому хотите прервать беременность. Но перед тем, как принять это бесповоротное решение, сходите туда-то и туда-то, сдайте такие-то анализы, пройдите такие-то обследования. Только после этих медицинских процедур можно будет говорить о том, грозят ли Вам подобные проблемы при вынашивании этой беременности. Это ведь другая беременность, другой ребёнок, иммунный ответ организма именно на эту беременность может быть совсем другим, чем в прошлый раз, время прошло, Ваш организм изменился. Кроме того, Вы получите информацию о возможной для Вас медицинской помощи в случае возникновения каких-либо осложнений. Когда вы будете иметь прогноз о протекании этой беременности, Вы, может быть, перестанете бояться. Если нет, тогда Вы сможете вернуться к вопросу об аборте».

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

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

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

ся контакт, найти медицинское учреждение, где ей помогут. Она не обречена на повторение тех страданий, которые пережила при прошлой беременности.

Можно также затронуть вопрос о том, что все-таки в результате той тяжелой беременности (родов) у неё появился ребёнок, которого она, наверное, любит. В связи с этим были ли её страдания напрасными? Как она представляет свою жизнь без этого ребёнка? Материнство очень часто несет в себе боль, необходимость терпеть какие-то невзгоды, но и награда за это велика. Любая боль проходит, а ребёнок остается и приносит много радости.

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

— усталость от ухода за маленьким ребёнком;

— нежелание иметь дополнительные хлопоты;

— боязнь не справиться с уходом за рожденным ребёнком во время вынашивания данной беременности (особенно, если предшествующая беременность была тяжелой);

— боязнь не справиться с уходом за двумя маленькими детьми;

— опасения, что известие о беременности, так скоро возникшей после рождения ребёнка, будет враждебно воспринята мужем или другими родственниками (или имеющаяся враждебная реакция);

— убеждение, что между предшествующими и следующими родами должен пройти больший промежуток времени (опасения за своё здоровье).

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

Рекомендации.

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

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

Если в близком кругу таких людей не окажется и возникнет необходимость искать и впускать в свой дом постороннего человека, женщина может испытывать опасения по поводу добросовестности помощницы и собственного эмоционального комфорта при вынужденном взаимодействии с ней. Облегчить эти чувства можно, приступив к поискам заранее, чтобы иметь возможность найти «своего» человека, общение с которым не будет тяготить, и аккуратного в исполнении работы. Наличие времени для выбора позволяет отказаться от услуг одной няни и познакомиться со следующей. Можно воспользоваться рекомендациями знакомых, пользовавшихся такого рода услугами.

Также проблемой может стать необходимость оплаты услуг. Здесь помогает опрос родственников о возможной финансовой поддержке на ограниченный срок или привлечение сотрудников из некоммерческих общественных организаций, услуги которых могут быть бесплатными (если данная беременная попадает в «целевую категорию» данной организации) или очень недорогими.

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

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

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

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

К социально-бытовым преимуществам относятся:

— при желании женщины иметь более одного ребёнка — возможность родить их сразу «скопом» и в дальнейшем уже не отрываться от учебной или профессиональной деятельности;

— образ жизни семьи с маленьким ребёнком достаточно специфичен, имеет ряд ограничений, чем больше разница в возрасте, тем на более долгий срок эти ограничения «растягиваются»;

— примерно одинаковая диета детей, нет необходимости для каждого готовить принципиально разные блюда;

— мама с одним маленьким ребёнком вынуждена узнавать о детских магазинах, специалистах, секциях и т. д., если второй маленький появится через несколько лет, все эти контакты придется налаживать заново;

— от первенца остаются вещи, одежда, кроватка, коляска, другие приспособления, которые можно использовать для следующего ребёнка, не покупая заново, экономя этим средства

и т. д.

К психологическим преимуществам относятся:

— чем дольше старший ребёнок растет в семье один, тем больше возникает проблем с его ревностью и эгоизмом при рождении младшего (некоторые психологи считают, что между двумя первыми детьми должна быть настолько маленькая разница, насколько позволяет здоровье матери);

— примерно одинаковый уровень развития детей, что дает возможность одинаковых занятий с ними (можно заниматься с обоими сразу, никому из детей не скучно, водить в одинаковые секции и т. д.);

— дети, когда чуть-чуть подрастут, могут свои потребности в общении и игре реализовывать друг с другом, что дает маме возможность отвлекаться от «детского» общения и тратить время на что-то другое, дает ей больше возможностей отдыха;

— более тесная эмоциональная связь между детьми, сильная привязанность, сохраняющаяся долгие годы

и т. д.

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

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

Усталость от социальной изоляции. Как правило, эту жалобу выдвигают молодые женщины с незапланированной беременностью и с первым маленьким ребёнком на руках. Женщина говорит, что она намерена ещё посидеть с ребёнком до определенного срока, потом как-то его пристроить (отдать в детский сад, ясли, с кем-то оставлять) и выйти на работу (продолжить учебу). Жалуется женщина на то, что ей надоело сидеть дома и не иметь возможности никуда выйти без ребёнка, сходить в гости. Её очень раздражает постоянная необходимость «варить кашки, менять подгузники, вскакивать посреди ночи», она чувствует себя «роботом по обслуживанию младенца», а хочет «самореализации». Следовательно, если родится второй, то ситуация ухода за маленьким ребёнком, при которой она не может заниматься учебой или карьерой, ограничена в передвижениях, фактически заперта дома, растянется на субъектив-

но невозможный для неё срок. Часто такие женщины враждебно относятся к своему зачатому ребенку, видят в нём помеху к тому, чтобы вести желаемый образ жизни.

Рекомендации

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

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

Необходимо выслушать жалобу женщины и дать ей возможность «помечтать». Сказать о том, что Вы понимаете, в чем её сложность. Так как часто женщины испытывают (на разном уровне осознания) чувство вины за то, что «эгоистические» ценности их привлекают больше, чем «выполнение того, для чего ты предназначена природой», сообщить, что усталость, желание как-то развлечься и сменить обстановку, стремление реализовывать свои планы, заниматься интересными для себя делами, — это нормально и естественно. Можно поговорить о том, что сами по себе эти чувства не плохи.

Иногда после этого женщина сама переходит к тому, что она не враждебно, а противоречиво относится к своей беременности. Выслушав женщину, посочувствовав ей, подтвердив её право желать и не желать, консультант ослабляет оборону женщины. Теперь ей не нужно спорить и отстаивать свои права. Теперь она может встретиться со своими чувствами. Чувства часто оказываются не столь однозначными, как она заявляла сначала.

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

Далее целесообразно предложить попробовать совместить (хотя бы в целях интеллектуального эксперимента) её желания с беременностью/рождением ребёнка. Как можно было бы больше общаться, будучи мамой двух маленьких детей? Есть ли среди её знакомых семьи, в которых принято ходить в гости с детьми и устраивать детские праздники? Есть ли среди её интересов такие,

развитие которых успешно совместилось бы с играми с ребёнком? Она хочет новых контактов? Всевозможные родительские сообщества дают массу возможностей для этого. Хочет заниматься творчеством? Дизайн детской одежды и мебели открывает просторы. Она любит ходить по магазинам? Так малышу, особенно если он не того пола, как старший ребёнок, понадобятся новые красивые вещи, которые так приятно выбирать. Да и родственники к таким покупкам относятся обычно с гораздо большей симпатией, чем к «обновлению гардероба». В общем, данная дискуссия может пойти настолько далеко, насколько хватит вашей совместной фантазии. А если ребенку найдется место в воображении, то значимо повышается вероятность того, что ему найдется место и в реальной жизни.

Страх лишить 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 понимаются 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).

Рекомендации

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 определенную 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 сестер:

— более компетентны в общении, умеют устанавливать как иерархические, так и партнерские 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).

Можно предложить женщине подумать над вопросом, хотела бы она, чтобы её уже имеющийся ребёнок научился в дальнейшем «быть компетентным в общении, находить выходы из конфликтных ситуаций» и т. д. После этого уместно обсудить тему, что именно рождение младшего ребёнка может предоставить такой шанс для обоих детей в семье.

Проекция на внутриутробного ребёнка агрессии, направленной на его отца

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

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

Рекомендации

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

Негативное отношение к рождению ребёнка со стороны ближайшего окружения женщины

Роль мужчины в принятии решения об аборте

Для большинства женщин мнение мужа (или партнера) в вопросе прерывания беременности является решающим. Негативное либо безразличное отно-

шение отца ребёнка к беременности в качестве причины аборта упоминают около 80% клиенток предабортного консультирования. Часто они *так и формулируют:* «Если бы муж поддержал меня, я бы родила без колебаний». Даже если до этого женщина рассказывала, что у неё сложная жизненная ситуация: и квартира маленькая, и зарплата небольшая; но вот если бы муж сказал, что хочет ребёнка, она бы даже думать не стала об аборте, и все другие проблемы отодвинулись бы на второй план.

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

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

В основном речь идет лишь о реакции мужчины на известие о беременности, которую женщина интерпретирует как решение.

Когда консультант более подробно расспрашивает женщину, то, как правило, выясняется, что на самом деле все произошло примерно следующим образом. Когда муж узнал о беременности, он просто не испытал восторга, не сказал: «Как здорово, у нас будет маленький!» А сказал, допустим, с досадой: «У нас отпуск сорвётся…» Или что-то еще. Он просто высказывает свои соображения о том, что лучше бы попозже, но женщина воспринимает его слова так, как будто он хочет, чтобы она сделала аборт. И, как правило, тему аборта первая поднимает она, затем он эту тему поддерживает, они начинают обсуждать возможность аборта и таким образом «вступают в сговор». Кроме того, если женщина первой произносит слово «аборт», мужчина может подумать, что она просто не хочет ребёнка и путем поднятия этой темы «просит разрешения» не рожать. В такой ситуации мужчина может оробеть, побояться давить на женщину, заставлять её рожать, ведь этот труд нести ей — вынашивание, роды, кормление и т. д. А женщина, не слыша уговоров и радости по поводу прибавления в семействе, делает вывод, что муж не хочет ребёнка. И в таком трагическом взаимонепонимании, по недоразумению они совершают аборт.

Рекомендации

Следует разъяснить женщине, что растерянность мужа нужно расценивать именно как проявление шоковой реакции на известие о беременности, а вовсе не как его нежелание принять ребёнка.

Вообще когда люди попадают в какую-то неожиданную ситуацию, они обычно поначалу теряются. Растерянность в ответ на известие о беременности может иметь место во многих семьях. Но тут возможны две реакции на эту растерянность. Негативные эмоции в ответ на новость о ребенке могут восприниматься людьми как чувства, которые нужно просто пережить, перетерпеть. Совсем другое, когда эти эмоции становятся поводом для того, чтобы размышлять: делать аборт или не делать. А шоковая реакция на известие о беременности может возникать даже у тех людей, для которых аборт неприемлем.

К эмоциям, в том числе негативным, стоит относиться как к некой первичной реакции. Главное, чтобы они не стали руководством к действию. Мужу требуется время для адаптации к новой ситуации. Не очень разумно ожидать или требовать мгновенную положительную реакцию. В таких случаях можно рекомендовать женщине подождать, когда мужчина успокоится и привыкнет к её беременности. Более того, женщина своим поведением может даже помочь мужу облегчить процесс адаптации. Будет правильнее, если женщина на растерянные слова мужа скажет примерно следующее: «Ну да, хорошо было бы, если бы это случилось попозже, но это случилось сейчас». И после этого начнет спокойно готовиться к рождению ребёнка. Вероятнее всего, что мужчина несколько дней повысказывал бы свои соображения, что «лучше бы потом», но очень скоро стал бы «примерять» на себя роль отца. Задача консультанта в данном случае — помочь женщине прояснить своё собственное отношение к беременности, и если сама она хочет сохранить беременность, то строить коммуникацию с мужем исходя из этого, помочь мужу справиться с первой шоковой реакцией, пережить её.

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

Психологическое давление на женщину

Чаще всего в качестве противника рождения ребёнка выступает мать беременной женщины или отец её ребёнка. Противник может высказывать самые разные аргументы в пользу прерывания беременности — кажущиеся женщине

обоснованными или беспочвенными. Практически во всех случаях противник в той или иной форме оказывает давление на беременную.

Под давлением обычно понимаются угрозы (физические, экономические), очевидное физическое насилие или прямые попытки заставить женщину сделать аборт. Однако консультант должен быть осведомлен о более тонких формах давления.

Давление может быть физическим, экономическим и психологическим, активным и пассивным, прямым и косвенным.

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

Психологическое давление менее очевидно, поэтому остановимся на нём подробнее. **Психологическим давлением следует считать причинение женщине эмоционального дискомфорта с целью склонить её к решению прервать беременность.**

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

Рекомендации

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

— сфокусировать внимание женщины на том, что рожать или не рожать ребёнка — это очень важное решение в её жизни и принимать его следует только исходя из собственного желания, а не из мнений третьих лиц;

— научить женщину психологическим приемам противостояния давлению (например, приему «заезженная пластинка», когда, не вступая в пререкания, женщина уверенно и четко повторяет на все уговоры и угрозы «Я решила рожать»);

— продумать вместе с женщиной стратегию её поведения в том случае, если угрозы будут осуществлены, найти ресурсы эмоциональной, финансовой и социальной поддержки (как правило, в окружении женщины находятся

люди, готовые её поддержать и оказать ей ту или иную помощь; если таких людей не находится, следует привлекать социальные ресурсы);

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

Более затруднительным как для беременной женщины, так и для консультанта является столкновение с ситуацией косвенного или пассивного давления.

Косвенное давление — это давление «обходными путями». Чаще всего оно осуществляется через внушение/повышение интенсивности некоторых негативных чувств. В этом случае человек, оказывающий давление, не угрожает напрямую, а «просто» напоминает, как сложно сейчас жить, и в какой бедственной ситуации окажется семья, если родится ребёнок (страх). Или напоминает о том, что на женщину, её активность и помощь с её стороны рассчитывали в таком-то и таком-то деле, а она так не вовремя забеременела и теперь всех подведет (вина), или как рождение ребёнка кого-то расстроит (вина/стыд), или как она уже не справляется с воспитанием рожденного ребёнка — что может не соответствовать действительности (страх, вина, стыд) и т. п.

Пассивное давление — это саботаж, отказ от помощи, в которой беременная нуждается. Никаких активных враждебных действий при этом не совершается, но беременная женщина во многом становится более зависимой от своих близких и чувствует невозможность положиться на них. Если при этом она не очень уверена в своих собственных силах, то пассивное давление может быть значимым фактором в принятии решения об аборте.

Косвенное и пассивное давление требует, прежде всего, осознания и называния своим именем — как консультирующим специалистом, так и женщиной (а также лицом, это давление осуществляющим; эти формы давления часто оказываются несознательно). Эти неочевидные и неагрессивные формы давления являются очень значимыми для женщин, тревожных по характеру, эмоционально ранимых и чувствительных, психологических зависимых. В ряде случаев женщина, подвергающаяся такому тонкому давлению, не только не распознает его как давление, но и не может отделить своё реальное отношение к беременности от чувств, внушенных с помощью давления.

Рекомендации

Первичная работа консультанта в таких случаях должна быть направлена на:

— выявление указанных форм давления и доведение до сознания женщины их фактического характера;

— выявление истинного отношения женщины к беременности и перспективе рождения ребёнка;

— разграничение отношения к беременности человека, оказывающего давление, и самой женщины;

— помощь в выборе поведенческих стратегий, направленных на защиту от давления и манипуляций, на сепарацию (чуть большую психологическую независимость).

— укрепление собственных позиций женщины.

Обнаружение косвенного и пассивного давления (особенно если оно сильно влияет на чувства и поступки женщины) является показанием для психологического консультирования независимо от того, какое решение будет принято по поводу данной беременности.

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

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

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

Приложение 1

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 56. Искусственное прерывание беременности

1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:
   а) при сроке беременности четвёртая — седьмая недели;
   б) при сроке беременности одиннадцатая — двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая — десятая недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности.

5. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.

6. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению её законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Приложение 2

Последствия медикаментозного аборта *(другие названия: таблетированный, фармакологический, «лекарственный», химический)*

Медикаментозный аборт по сравнению с хирургическим абортом, на первый взгляд, кажется гораздо проще и безопаснее. Действительно, медикаментозное прерывание беременности исключает механическое повреждение матки, негативное влияние наркоза, но не исключает вероятность развития функциональных нарушений, обусловленных резким изменением гормонального фона, как при любом другом аборте. В свою очередь, «таблетки для аборта» сами являются сильнодействующими средствами, и не случайно имеют целый ряд противопоказаний и побочных действий. Любое внешнее вмешательство, приводящее к прерыванию беременности, является причиной резкого гормонального сбоя в организме женщины с вытекающими последствиями, т. к. женский гормональный фон — это одна из самых тонко сбалансированных и поэтому очень уязвимых систем. Этим объясняется небезопасность аборта, проводимого даже на самом маленьком сроке.

Гормональные изменения в организме женщины в связи с беременностью

С первых же дней после зачатия возникают значительные изменения в женском организме, прежде всего в центральных регуляторных системах — нервной и эндокринной (гормональной). Гормон прогестерон в связке с другими женскими гормонами, отвечающий за женское здоровье, обмен веществ, формирование женского тела, регулирует способность к зачатию и вынашиванию ребенка, и даже влияет на такие, казалось бы, психологические характеристики как материнские чувства и душевное равновесие. Во время беременности прогестерон способствует ее сохранению (если его вырабатывается недостаточно, это может привести к выкидышу): стимулирует рост эндометрия (внутреннего слоя матки), сдерживает активность миометрия (мышечного слоя матки), отвечает за то, чтобы плацента обеспечивала ребёнка кислородом и питательными веществами, подготавливает молочные железы к выработке молока при рождении ребенка.

Действие медикаментозного аборта основано на прерывании естественных процессов в организме женщины, происходящих на тонком гормональ-

ном уровне, в связи с беременностью. На первом этапе аборта с помощью мифепристона провоцируется блокировка рецепторов прогестерона, вследствие чего эндометрий теряет возможность поддерживать жизнь эмбриона, восстанавливается чувствительность миометрия к окситоцину, увеличивается действие простагландинов, мышечный слой матки начинает усиленно сокращаться, что и ведёт к прерыванию беременности. На втором этапе принимаются препараты, под воздействием которых матка сокращается и запускается механизм изгнания плода из ее полости.

Но надо понимать, что на этом действие принятых абортивных средств не заканчивается. Когда таблетка «ушла» из организма, механизм, который она запустила, продолжает работать. Механизм продолжительного действия связан не с накоплением вещества в организме, а с принципом действия этих препаратов: «работать» через другие структуры организма. Это приводит к непредсказуемым изменениям в гормональном балансе организма женщины и последствиям этих изменений.

Последствия и осложнения медикаментозного аборта.

Согласно классификации ВОЗ, осложнения после любого искусственного аборта разделяют на ранние (возникающие непосредственно после операции и в течение одного месяца после операций) и отдаленные.

Общие реакции организма на прием мифепристона, влияние на сердечно-сосудистую систему. Вскоре после приема мифепристона может отмечаться (у 10–20% женщин) чувство дискомфорта, слабость, сильная головная боль, головокружение, повышение температуры тела, повышение артериального давления. Впоследствии может начаться процесс тромбообразования в венах, варикоз и другие сосудистые заболевания. В процессе отделения яйцеклетки могут появиться сильные схваткообразные боли внизу живота (отмечают до 73% женщин), боли в спине.

В качестве реакции *со стороны желудочно-кишечного тракта* после приема абортивных средств, может появиться боль в животе, тошнота (в 34–72% случаев), рвота (в 12–41%), нарушения стула (в 3–26%).

Аллергическая реакция на препарат. Могут наблюдаться высыпания на коже (дерматит, крапивница), нельзя исключить аллергическо-токсический шок с потерей сознания.

Кровотечение — одно из самых опасных ранних осложнений медикаментозного аборта. В результате резкого сокращения миометрия происходит насильственный отрыв эмбриона и плодных оболочек от стенок матки, в резуль-

тате чего и возникает кровотечение. Так как стенка матки содержит большое количество, в том числе довольно крупных, кровеносных сосудов, кровотечение может быть очень сильным (в 9% случаев). Для остановки кровотечения иногда (у 0,2–1% женщин) необходимо выскабливание полости матки, что травмирует ее, и переливание крови. Обильное кровотечение может привести к снижению гемоглобина в крови, что потребует последующего лечения. Кроме того, кровь может выделяться не только во влагалище. Часть крови может попадать в маточные трубы и через них в брюшную полость. При определенных условиях (сокращении матки и спазме шейки матки) весь объем крови может поступать в брюшную полость, что может привести к разрыву труб, шоковому состоянию и даже летальному исходу.

Неполный аборт — среди осложнений медикаментозного аборта является одним из основных. Эффективность медикаментозного прерывания беременности зависит от срока беременности и составляет по разным источникам от 89–98%. Препарат может не «сработать» из-за большого срока беременности (плодное яйцо слишком сильно «вжилось» в матку), или из-за недостаточной дозировки. В результате беременность может продолжать развиваться, и тогда возникнет вопрос о здоровье плода и дальнейшем течении беременности. В случае же, когда в полости матки остаются части плодного яйца, это вызывает сильное кровотечение, опасное большой потерей крови, быстрым присоединением воспаления матки (эндометрита), и как весьма вероятное следствие — бесплодием. При задержке в полости матки остатков эмбриона и сгустков крови необходимо их удаление, поэтому в случае незавершенного прерывания беременности врач предлагает процедуру мини-аборта (методом вакуумной аспирации) или хирургического выскабливания, со всеми возможными последствиями данных видов аборта.

Заболевания воспалительного характера — тоже нередкое явление после медикаментозного аборта, т. к. сама процедура прерывания беременности способствует развитию инфекционно-воспалительных осложнений. После удаления эмбриона в матке остается раневая поверхность, очень благоприятная для размножения микробов, кровь для них — отличная питательная среда. Плохое сокращение матки, раннее закрытие зева шейки матки ведет к задержке крови в матке, что может спровоцировать эндометрит, сначала острый, а потом, нередко, с переходом в хроническую форму. Хронический эндометрит ведет к изменению свойств внутренней оболочки матки, и при последующих беременностях нарушению её способности принять эмбрион, вплоть до бесплодия. Более «безобидные» проявления хронического эндометрита — постоянные или

периодические боли внизу живота и в пояснице, патологические выделения, нарушения характера менструаций, — не поддаются традиционному медикаментозному лечению.

При распространении инфекции могут развиться воспалительные процессы не только в матке, но и в придатках, мочевыводящих путях и даже в брюшной полости — тазовый перитонит (сопровождается тяжелым общим состоянием организма). А при проведении аборта во внебольничных условиях дело может закончиться сепсисом (заражением крови) — состоянием, опасным для жизни.

Воспалительные заболевания не только вызывают страдания женщины, ухудшение ее самочувствия, прямо влияют на возможность вынашивания последующих беременностей, но могут вызывать болезненные ощущения во время половой жизни, в результате чего снижается сексуальное влечение, женщина реже испытывает оргазм.

Отдаленным последствием перенесенных после аборта воспалительных заболеваний, может стать образование спаек внутри матки (синехий) и внутри маточных труб. Синехии при последующей беременности препятствуют закреплению плода в матке, мешают его правильному расположению, и как следствие возникает **вторичное бесплодие или невынашивание беременности**. Спайки внутри труб делают трубы непроходимыми, что является также одной из причин бесплодия и внематочных беременностей.

В литературе описываются случаи **токсического шока** в результате приема гормональных абортивных препаратов. Влагалище населено значительным числом бактериальных культур, в здоровой ситуации живущих в гармонии с организмом. Сильнодействующие химические препараты, использующиеся для аборта, эту гармонию нарушают, и такие бактерии как Clostridium sordellii беспрепятственно проникают в шеечный канал, где они быстро размножаются в среде с низким содержанием кислорода и получают питательные вещества из отмирающих тканей ребёнка. Одновременно абортивные препараты подрывают иммунную систему женщины, и её организм становится уязвимым для бактериального воздействия. Бактерии Clostridium sordellii и продукты их жизнедеятельности распространяются по всему организму, вызывая токсический шок, а некоторых случаях смерть.

Среди последствий аборта — **различные гормональные нарушения**. Гормональный дисбаланс приводит к дисфункции всех желез внутренней секреции, в первую очередь яичников, что может выражаться в отсутствии овуляции и нарушении менструального цикла (более чем у 12%). Эти нарушения непредсказу-

емы — менструации могут стать более редкими и скудными, более обильными и частыми, могут прекратиться вовсе или развиться в маточное кровотечение. Дисфункция яичников сопровождается возникновением других осложнений, связанных с патологическими разрастаниями эндометрия и приводящими к бесплодию: эндометриоза, аденомиоза, гиперплазии матки, полипов эндометрия. Спутниками дисфункции часто становятся поликистоз яичников, мастопатии (заболевание молочной железы, характеризующееся патологическим разрастанием её тканей, болью, а иногда и патологической секрецией).

Кроме яичников страдают и другие органы. Аборт может стать причиной появления заболеваний щитовидной железы или обострению её заболеваний, которые в свою очередь изменяют состояние всего организма (в первую очередь сердечно сосудистой и нервной системы).

Страдают надпочечники (как при любом стрессе), что нарушает обмен веществ, появляется раздражительность, приступы апатии, снижение памяти и умственной активности, снижает устойчивость к стрессам.

При нарушении функции яичников и надпочечников, может измениться гормональный баланс в сторону повышения уровня мужских гормонов в крови, в результате усиливается рост волос на теле женщины по мужскому типу, кожа становится толстой и жирной. Если уровень андрогенов повышен длительное время, фигура женщины приобретает мужские черты: сужается таз, расширяются плечи, исчезает талия. Высокий уровень андрогенов может приводить к самопроизвольному выкидышу при последующих беременностях или бесплодию. Так как надпочечники выделяют более 50 гормонов, то в целом, нарушение функции надпочечников значительно снижает качество жизни, а в особо тяжелых случаях является прямой угрозой для жизни.

Страдает гипофиз, что может вызвать в частности дисфункцию половой сферы и бесплодие уже не воспалительного, а центрального (мозгового) происхождения.

Человеческий организм — это тонко сбалансированная система, и нарушение любого ее компонента неминуемо затрагивает все остальные. Резкие нейроэндокринные изменения, как сильнейший стресс, обостряют и провоцируют все имеющиеся в организме или назревающие неполадки, поэтому последствием аборта может стать любое заболевание любой системы органов.

Расстройства вегетативной нервной системы и нервно-психические расстройства. Значительное рассогласование в работе центральной нервной и эндокринной систем, нарушение нормального функционирования эндокринных желез после приема абортивных препаратов, зачастую приводит к нарушению

вегетативных функций, обусловленных расстройством их нервной регуляции, а также к психическим нарушениям, иногда с развитием депрессии, неврозов и т. д. От успешного функционирования вегетативной нервной системы зависит дыхание, кровообращение, мочеиспускание и все остальные функции организма. При сбоях в этой системе нарушается нормальное регулирование этих функций, что может проявляться в виде различных симптомов: тяжесть в груди, паника, страх, предчувствие чего-либо отрицательного, повышенное или пониженное потоотделение, мочеиспускание, уменьшение или усиление моторики желудка и т. п. Все эти нарушения могут потребовать лечения, иногда длительного, но не всегда последствия вмешательства в такие тонкие процессы организма подлежат полному обратному развитию.

Развитие опухолевых образований в женских органах. После медикаментозного аборта риск развития заболеваний гормонально зависимых органов (молочных желез, яичников, матки) значительно повышается, увеличивается вероятность образования доброкачественных и злокачественных опухолей этих органов. Например, в молочных железах с начала беременности происходят изменения, идет подготовка к выработке молока и кормлению грудью. После аборта синтез ряда гормонов резко прекращается, и наступивший дисбаланс может привести к мастопатиии, кистам молочной железы, спровоцировать в дальнейшем образование фиброаденомы.

Влияние медикаментозного аборта на здоровье будущих детей. Как было показано выше, последствия аборта (воспалительные заболевания, дисбаланс гормонов и т. д.) могут сопровождать женщину всю её жизнь, в том числе и при последующих беременностях. Это затруднит не только зачатие, но и вынашивание здорового потомства. Матка, подвергшаяся насилию, может отторгать последующие беременности эпизодически, или весь период вынашивания, создавая угрозу выкидыша, а синехии в матке могут приводить к выраженным уродствам плода.

Развитие резус-конфликтного состояния при последующей беременности. Если у женщины резус-отрицательная кровь, то при контакте резус-отрицательной крови матери с резус-положительной кровью плода при аборте возникает резус-конфликт. Вследствие такого контакта в организме матери с резус-отрицательной кровью появляются антитела к резус-фактору. Антирезус антитела способны проникать через плаценту при последующей беременности, и если плод имеет резус-положительную кровь, антитела матери могут разрушать его эритроциты. Это может вызывать различные патологии, внутриутробную гибель плода, невынашивание беременности, мертворождение

и гемолитическую болезнь новорожденного. Каждый аборт при этом увеличивает риск неблагополучного завершения последующей беременности на 10%.

Нужно понимать, что аборта без последствий не бывает. Сильная, здоровая женщина с крепкой психикой, слабой болевой чувствительностью и хорошей генетикой может сразу не ощутить никаких последствий. Но последствия всегда есть, просто они могут проявиться позже, и не всегда их потом связывают с абортом.

Информация собрана
Л.С. Серегиной, С.Н. Лазаренко
Фонд «Семья и детство»

Приложение 3

Предупреждение эмоционального выгорания у специалистов, работающих в женских консультациях

В профессии врача существует множество опасностей: аллергии на лекарства и дезинфицирующие средства, облучение у рентгенологов, варикозная болезнь у хирургов и др. Но это соматические проблемы. Существуют, однако, менее осязаемые, но не менее значимые проблемы, лежащие в области психоэмоциональной сферы человека, работающего врачом. Накопление отрицательных эмоций происходит постепенно, годами. Неудовлетворенность своим трудом и хронический стресс способствует развитию синдрома хронической усталости, в психологии часто это называют «синдром эмоционального выгорания».

СЭВ — это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса, ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них.

Стоит отдельно сказать о чувствах самого консультанта, которые у него возникают, и сделать необходимые рекомендации при работе с негативными переживаниями и способы работы с ними.

При работе с женщинами, которые намереваются сделать аборт врач или акушерка может испытывать следующие отрицательные эмоции:

1. Чувство досады, если не удается помочь женщине принять решение о сохранении беременности

2. Эмоциональная опустошенность после консультаций, если их много больше 5–6 подряд.

3. Закрытость, холодность, отстраненность, бюрократизм по отношению к клиенту, нежелание ему оказать помощь («Ну это ваше дело, вам принимать решение, я своё слово сказала»).

4. Осуждение, высокомерие по отношению к клиенту, особенно у тех, кто сам никогда не делал аборты. В таком случае сам психолог нуждается в проработке своих личностных проблем по отношению к аборту и людям их совершающим.

Способы освобождения от этих состояний могут быть различными. Это и умение сочетать напряжение и расслабление, дыхательные техники, упражнения на умение понимать свои телесные ощущения, танцевально-двигательные

упражнения, исцеление при помощи прослушивания музыки для релаксации, визуализация позитивного образа себя как консультанта.

Концепция поведенческих профилактических мер СЭВ, представленная в психологической литературе, фокусируется на первичной профилактике. Сюда относятся следующие мероприятия:

— улучшение навыков борьбы со стрессом (дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);

— обучение техникам релаксации (расслабления);

— умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»;

— хобби (спорт, культура, природа);

— попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;

— фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий). Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела. Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Врачам и психологам, проводящим беседы с кризисными беременными важно закреплять положительные примеры из практики, когда женщина оказывалась после консультации от аборта и проводить анализ тех причин, которые способствовали принятию решения о рождении ребенка. А также анализировать то, как это было связано с конкретной консультацией: что говорилось, как говорилось, как Вы выглядели в этот момент. Психологи могут обсудить сложные случаи в процессе супервизии. Врач — поделиться опытом со своими коллегами, которые работают с женщиной на приеме в женской консультации.

Как показывают исследования, если активно не вмешиваться в развитие СЭВ среди персонала, то самопроизвольного улучшения не происходит.

Кроме того, очень важно, если руководитель учреждения обеспечит возможность участия сотрудников в так называемых балинтовских группах.

Балинтовские группы впервые были организованы в Лондоне в середине 50-х годах Михаэлем Балинтом как тренинговые семинары для врачей общей практики. В отличие от традиционного клинического разбора или консилиума акцент в работе балинтовской группы делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях взаимоотношений врача с пациентом, на реакциях, трудностях, неудачах, которые врачи сами выносят на обсуждение. Группа врачей численностью 8–12 человек встречается несколько раз в месяц (продолжительность встречи 1,5–2 часа) на протяжении

нескольких лет. Ведущими данных семинаров являются психологи или психиатры (1–2 человека). Стиль ведения занятий — недирективный. На групповых занятиях можно поделиться своими мыслями и чувствами, пришедшими в голову фантазиями, не имеющими на первый взгляд никакой рациональной связи с предметом изложения. Делается акцент на эмоциональную реакцию консультанта /врача на клиента/пациента. Занятия в балинтовских группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем, устанавливать более эффективные взаимоотношения с пациентами. В группу лучше не включать участников, находящихся на работе в прямом подчинении.

При терапии уже развившегося синдрома выгорания можно использовать следующие подходы:

— психотерапия (релаксационные техники, интегративная, рациональная психотерапия);

— комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением;

— реорганизация рабочего окружения;

— фармакологическое лечение согласно симптомам.

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

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

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

Малюченко Ирина Юрьевна,
перинатальный психолог, старший преподаватель кафедры практической психологии Саратовского Государственного Университета

Литература

Аборт. Последствия аборта

Агеева. М. И. и др. Аборт в I триместре беременности. Под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Куземина. — М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 224 с.

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

Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д., Шамхалова И.А. Инфицированный аборт, сепсис и перитонит в акушерстве и гинекологии. — СПб, «Север», 2002. — 520 с.

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

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

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

Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Медицинские проблемы полового созревания девочек-подростков. — СПб., 1999.

Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Очерки женского бесплодия. — СПб., 1996.

Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Синдром менструальной патологии. — СПб.. 1999.

Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. — СПб: ИКФ «Фолиант», 2000. — 574 с.

Детская гинекология: Справочник / Сост.Л. Б. Маркин, Э.Б. Яковлева. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 480 с.

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

Мариам… почему ты плачешь? Страдания женщин после аборта. http://life.orthomed.ru/zhizn/abortion/00076.htm

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями и дополнениями). Приложение. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. http://base.garant.ru/12158174/#block_1000

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

Руководство по акушерству и гинекологии: В 4 т. / Под ред. К. Н Жмакина. — М.: МЕДГИЗ, 1963.

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

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

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

Основы психологического консультирования

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.

Варга А. Ведение в системную семейную психотерапию. — М.: Когито-Центр, 2009. — 182 с.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М, 1984

Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. — СПб.: Знание, 1999.

Михайлова Е.Л. Я у себя одна или Веретено Василисы. — М.: Класс, 2010. — 320 с.

Самосознание и защитные механизмы личности/Хрестоматия. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. — 656 с.

Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М.: Институт психологии АН, 1991.

Материнство, беременность

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

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

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

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

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

Подростковая беременность

Абрамова Е.А. Исследование возможности адаптации матерей-подростков в современных условиях (на примере Алтайского края). http://www.socpol.ru/grantprog/doc/abram00_a.doc

Длугоканская Е.Г. Подростковая беременность. http://www.rw.by/index.php/.263.1417…0.0.0.html

Линева О., Павлов В. Особенности беременности у несовершеннолетних. http://www.lor.inventech.ru/gyn/gyn-0081.shtml

Подростковая беременность. Журнал «9месяцев» http://www.9months.ru/press/9/20/index.shtml

Причина ранней беременности. Журнал «9 месяцев», сентябрь 2001 http://puzyaka.msk.ru/articles/?p=103

Тайле М. Дети у детей. Ino Pressa, 29 июня 2007, http://www.inopressa.ru/print/archive/2003/09/09/14:11:23/arc:tagesspiegel:science

Консультирование в ситуации кризисной беременности

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

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