

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

СЕМЕЙНОЕ ПРЕДАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Минск
«Профессиональные издания»
2023

УДК 618.38:364-785(075.9)
ББК 57.1я75
С30

*Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
ученым советом РНПЦ психического здоровья (протокол № 2 от 23.05.2022)*

*Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного образования
взрослых по профилю образования «Здравоохранение» (протокол № 1 от 14.11.2022)*

А в т о р ы:

канд мед наук, доц., директор РНПЦ психического здоровья *А. В. Ходжаев*;
канд. мед. наук, доц., ученый секретарь РНПЦ психического здоровья *И. В. Григорьева*;
канд. мед. наук, заместитель директора по медицинской части РНПЦ психического
здоровья *Ю. М. Каминская*;
научный сотрудник РНПЦ психического здоровья *А. В. Гамова*;
канд мед. наук, доц., консультант отдела медицинской помощи матерям и детям главного
управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения
Республики Беларусь *Л. Ч. Недень*

Р е ц е н з е н т ы:

канд. мед. наук, доц., доц. кафедры психиатрии и медицинской психологии
УО «Белорусский государственный медицинский университет» *О. В. Лисовский*;
кафедра психотерапии и клинической психодиагностики УО «Гродненский
государственный медицинский университет», заведующий – канд мед. наук *А. А. Луговская*

Семейное преабортное консультирование : учеб.-метод. пособие / А. В. Ходжаев [и др.] ;
Республиканский научно-практический центр психического здоровья. – Минск : Профес-
сиональные издания, 2023. – 42 с.

ISBN 978-985-7291-71-7

В учебно-методическом пособии изложены ключевые аспекты проведения семейного преабортного консультирования, основные этапы психолого-психотерапевтической помощи беременной женщине, находящейся в состоянии репродуктивного выбора, с мобилизацией ресурсов и учетом мнения семейной системы.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание учебных программ повышения квалификации, повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов, врачей-психотерапевтов, психологов и преподавателей учреждений образования системы здравоохранения.

УДК 618.38:364-785(075.9)
ББК 57.1я75

ISBN 978-985-7291-71-7

© Республиканский научно-практический центр
психического здоровья, 2023
© Оформление. «Профессиональные издания», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	4
КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	5
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С РИСКОМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	6
ЭТАПЫ В ПРИНЯТИИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ РЕШЕНИЯ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	8
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	10
АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С РИСКОМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРАЧОМ – АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ, ВРАЧОМ-ПСИХОТЕРАПЕВТОМ/ПСИХОЛОГОМ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	11
6.1 ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	12
6.2 ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	14
ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВРАЧОМ-ПСИХОТЕРАПЕВТОМ/ПСИХОЛОГОМ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	15
РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧУ-ПСИХОТЕРАПЕВТУ/ПСИХОЛОГУ В ПРОВЕДЕНИИ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ	19
ОСНОВНЫЕ МОТИВЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И КОНТРАРГУМЕНТЫ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА/ПСИХОЛОГА.....	24
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП СЕМЕЙНОГО ПРЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	27
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	28
Приложение 1 Инструкция о проведении семейного преабортного консультирования	30
Заключение преабортного консультирования	32
Приложение 2 Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).....	33
Методика определения стрессоустойчивости Холмса и Page	36
Тест отношений беременной – ТОБ(б).....	38

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Проблема абортов является одной из значимых в Республике Беларусь (далее – РБ) и других странах мира. Аборты сопряжены с медико-социальными, демографическими и этическими вопросами.

Согласно Концепции по реализации права на репродуктивный выбор, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи (далее – Концепция) и законодательству РБ определены правовые основы медицинской деятельности в разрезе планирования семьи и регулирования репродуктивной функции человека.

Согласно статье 27 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХII «О здравоохранении» (в редакции от 11.12.2020): «Женщине предоставляется право самостоятельно решать вопрос о материнстве. В организациях здравоохранения созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности. Женщина, обратившаяся за проведением искусственного прерывания беременности, вправе определить членов семьи, в отношении которых может проводиться предабортное психологическое консультирование».

Законодательно определена возможность индивидуального предабортного психологического консультирования и, в случае решения женщины, семейного предабортного консультирования (далее – СПК). СПК проводится в отношении женщины, обратившейся за проведением искусственного прерывания беременности (далее – ИПБ), и членов ее семьи, которых она определила. Основной целью проведения СПК является осознанное принятие решения о сохранении беременности и рождении ребенка. Профилактика абортов является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей.

Благодаря следованию принятой Концепции число абортов в РБ ежегодно сокращается. По статистическим данным в 2016 году в РБ зарегистрировано почти 27,5 тыс. абортов, что почти на 2 тыс. меньше, чем в 2015 году, в 2019 – 21,2 тыс. абортов.

За период с 2016 по 2019 гг. в результате отказа женщин от ИПБ после проведенного предабортного консультирования (далее – ПАК) спасены 1042 жизни детей. Введенное обязательное ПАК позволяет сохранить в РБ ежегодно около 1000 жизней. По итогам 2019 года по РБ приблизительно 14% женщин, пришедших делать ИПБ, передумали и решили сохранить жизнь своему ребенку.

Государственная поддержка семей с детьми занимает особое место в системе социальной защиты населения. Усиление такой поддержки способствует укреплению семьи и ее престижа в обществе. Основные формы государственной помощи – денежные выплаты семьям в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (пособия, пенсии), а также материальная помощь в денежной и натуральной формах, трудовые, налоговые, жилищные, медицинские и другие льготы родителям и детям, социальное обслуживание семьи (оказание медико-социальных, психологических, педагогических, социально-правовых услуг).

Включение психологической и психотерапевтической помощи в женских консультациях способствует формированию перинатального комплаенса (англ.: compliance – согласие), партнерского взаимодействия беременной женщины, ее родственников и специалистов (врачей – акушеров-гинекологов, врачей-психотерапевтов, психологов), способствует достижению взаимопонимания и формированию общего мнения о том, кем, в каком объеме и каким образом должна оказываться медицинская и психологическая помощь.

Семейное предабортное консультирование выступает важным направлением психологической практики, в котором врач-психотерапевт/психолог не уговаривают женщину отказаться от ИПБ, а помогают увидеть новый выбор: взвесить все, учитывая личные, семейные и государственные ресурсы. Привлечение других членов семьи в процессе консультирования позволяет подключить ресурсы всей семьи для принятия взвешенного решения по вопросу сохранения или прерывания беременности.

Необходимость СПК продиктована также существованием такого феномена, как постабортный синдром (далее – ПАС). Выраженные психологические проблемы и психические состояния, характеризующие ПАС, позволяют отнести его к посттравматическим синдромам.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

При проведении СПК необходимо учитывать различные аспекты социального статуса беременной женщины (далее – БЖ), включая возрастные особенности, национальную принадлежность. Важно учитывать особенности текущей социальной ситуации БЖ, предшествующий репродуктивный опыт, стили семейного воспитания, семейный статус, характер вовлеченности в трудовую деятельность.

Психическое состояние БЖ в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей, которые врачу-психотерапевту/психологу следует знать и уметь диагностировать для построения адекватного взаимодействия в процессе консультирования.

Сегодня существуют различные классификации групп беременных, в которых разные исследователи отражают различные факторы и аспекты, влияющие на состояние БЖ.

Куценко О.С. (2021) предложила многоплановую классификацию, которая позволяет включить различные аспекты протекания беременности и создать в совокупности целостный образ ситуации принятия решения об ИПБ.

БЖ в каждой выделенной группе имеют свои особенности, которые объединяют их. Важно знать и понимать эти особенности для организации эффективного проведения СПК.

Классификация групп БЖ

1. БЖ разных возрастных групп:
 - БЖ является несовершеннолетней;
 - БЖ юного возраста (до 22 лет);
 - БЖ зрелого возраста (25–40 лет);
 - БЖ после 40 лет.
2. БЖ с различным брачным статусом:
 - замужние БЖ;
 - БЖ с незарегистрированными отношениями с мужчиной (сожительство, «гражданский брак»);
 - одинокие БЖ.
3. БЖ с различным репродуктивным опытом:
 - БЖ с опытом прерывания первой беременности;
 - БЖ, у которых уже есть дети;
 - БЖ со множественными ИПБ;
 - БЖ, лишённые родительских прав.
4. БЖ, находящиеся в социально неблагоприятной ситуации:
 - БЖ, являющиеся сиротами или опекаемыми несовершеннолетними;
 - БЖ с проявлениями зависимых расстройств;
 - БЖ, отбывающие наказание в условиях пенитенциарной системы;
 - БЖ без определенного места жительства;
 - БЖ, занимающиеся проституцией;
 - БЖ после изнасилования.
5. Медицинские аспекты беременности:
 - БЖ с ВИЧ;
 - БЖ с наличием психического расстройства;
 - БЖ с показаниями прерывания беременности по медицинским показателям (патологии в развитии плода и имеющиеся противопоказания у матери).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С РИСКОМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В процессе проведения СПК необходимо оценить психологическое состояние БЖ. Это позволит специалисту качественно подойти к процессу взаимопонимания и отклика в определении тех настроек, которые потенцируют прояснение для БЖ целого ряда обстоятельств, находящихся в «слепой зоне», для получения необходимых рекомендаций.

Основные черты психологического состояния БЖ с риском ИПБ представлены в таблице 1.

Таблица 1
Основные черты психологического состояния беременной женщины

Черты психического состояния	Характеристика
Растерянность и шок	Известие о беременности (незапланированной или при наличии подозрений на осложнения) может вызвать у женщины растерянность, в крайних случаях – шок. Основная мысль: «Я не знаю, что мне теперь делать». Внутренние ресурсы снижены до нуля и самостоятельной возможности конструктивно решить вопрос в этом состоянии нет. Эта психологически закономерная реакция проходит через некоторое время и возникает планомерная деятельность по решению вопроса
Амбивалентность (противоречивость, разнонаправленность)	В сознании БЖ альтернатива «ИПБ / роды» всегда представлена как два возможных варианта развития событий. Сомнения о правильности выбора могут присутствовать в разной степени: от явных колебаний до почти полного доминирования мысли об ИПБ. Признаки амбивалентности: прямые сообщения о сомнениях; рассуждения о преимуществах и недостатках того и другого варианта решения; вопросы о последствиях ИПБ; прямое обращение за советом к врачу; признаки эмоциональной напряженности и тревожности
«Тоннельное сознание»	Ситуация воспринимается как тупиковая. Находясь в «тоннельном сознании», БЖ не видит альтернативных вариантов решения вопроса, двигаясь по узкому ограниченному тоннелю единственного решения
Тревога	Тревога и страх БЖ основаны на реальных сложностях, но чаще всего сильно преувеличены. В свойственном ей состоянии сложности оцениваются субъективно как более тяжелые и непреодолимые, а собственные ресурсы недооцениваются. Способность адекватно оценивать реальность в состоянии тревоги и страха сильно искажена
Подавленность	Кризисная беременность вызывает у женщины подавленность, которая может проявляться: <ul style="list-style-type: none"> • эмоциями депрессивного спектра (тоска, печаль, растерянность, апатия, чувство усталости, упадок сил, утрата интереса к любимым ранее занятиям); • соматическими симптомами: нарушения сна и аппетита, тягостные или болевые телесные ощущения; • клинически выраженное реактивное депрессивное состояние (в тяжелых случаях). Характерно преувеличение значимости проблем, связанных с беременностью, и недооценка внутренних и внешних ресурсов

Окончание таблицы 1

Эмоциональная нестабильность	Выраженные колебания настроения женщины отчасти являются реакцией на стресс, а отчасти – физиологическим состоянием, обусловленным гормональными изменениями. Импульсивность, неустойчивость аффекта, эмоциональная уязвимость – все это усиливает амбивалентность, проявления «тоннельного сознания», характерные для женщины в этот период
Отрицание (психологическая защита)	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: «Если я не буду об этом знать и думать, со мной этого не случится». Так, отрицаются факты о возможных последствиях ИПБ, о том, как прерывание беременности может сказаться на психическом состоянии женщины и отношениях в ее семье. Женщина блокирует неприятную и непринимаемую информацию стандартными возражениями. Отрицание выражено тем сильнее, чем более состояние БЖ амбивалентно
Защитная агрессивность	Агрессия, проявляемая БЖ, носит защитный характер и напрямую связана с отрицанием и амбивалентностью. Агрессивность может быть прямой (крик, упреки, брань, оскорбления) и косвенной (неуместная ирония, перевод разговора на посторонние темы, молчание в ответ на вопросы и прочие проявления саботажа)
Одиночество	Осознание БЖ своей полной ответственности за решение относительно исхода беременности всегда сопровождается ощущением/состоянием одиночества ее в этот период

При проведении СПК у женщины появляется возможность по-новому взглянуть на кризисную беременность и найти в ней для себя «точку роста и перемен».

ЭТАПЫ В ПРИНЯТИИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ РЕШЕНИЯ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

При принятии решения об исходе беременности женщина проходит определенные этапы. Как правило, беременные женщины, обратившиеся к врачу-психотерапевту/психологу на первой и второй стадии, имеют значительно больше шансов рассмотреть свою ситуацию, проанализировав первичные страхи и сомнения, опираясь на собственное видение вопроса, и задействовать внешние компетенции.

Этапы в принятии решения об ИПБ представлены в таблице 2.

Таблица 2
Этапы в принятии решения БЖ об ИПБ и работа врача-психотерапевта/психолога в процессе СПК

Этапы в принятии решения об ИПБ	Непосредственная реакция женщины	Смысловое содержание СПК
1. Первая реакция женщины на новость о беременности	Может быть разное принятие новости: от удивления до аффективного взрыва с обвинением партнера, обстоятельств	Работа с врачом-психотерапевтом/ психологом помогает максимально расширить восприятие беременности, увидеть новые возможности, внутренние и внешние ресурсы для решения всех сложных вопросов и привлечения необходимых внутренних и внешних компетенций
2. Сбор мнений	Женщина в этой ситуации встречается с противоречивой эмоциональной реакцией родных, их разной оценкой и частым давлением их позиций. Этот этап эмоционально и нравственно становится для нее самым сложным периодом в плане окончательного принятия решения	Работа с врачом-психотерапевтом/ психологом помогает максимально проанализировать первичные страхи и сомнения, выйти из негативного эмоционального тупика, прийти к взвешенному и конструктивному решению
3. Объявление решения	Женщина идет на ИПБ или сохраняет беременность. К этому моменту ее первоначальное желание может измениться или укрепиться	Сложнее работать с женщиной по возможности сохранения беременности, когда она приходит на психологическую консультацию, находясь на третьем этапе принятия решения. Работа с врачом-психотерапевтом/психологом помогает поместить в фокус внимания цель СПК: прийти к пониманию женщиной того, что ИПБ – это только один из способов решения возникших в ее жизни определенных вопросов, связанных с ответственностью и перспективным выбором. Чтобы разобраться в совокупности вопросов, необходимо рассмотреть различные аспекты ситуации беременности, получить доступ к целостному восприятию и стратегической определенности. Это повысит степень осознанности и создаст возможность формирования позитивного материнского образа

Окончание таблицы 2

4. Стадия оценки решения	Эта стадия – самая размытая во времени. Если все три первые стадии происходят в условиях дефицита времени (нужно срочно решать), то последняя стадия может быть растянута во времени. Переоценка решения может наступить сразу после решения, иногда через 15–20 лет. Однако бывают случаи, что она вообще не наступает	Работа с врачом-психотерапевтом/ психологом помогает сделать переоценку решения и при выборе сохранения беременности зафиксировать это конструктивное решение; при решении прервать беременность необходимо максимально расширить рамки восприятия проблемы, увидеть возможности, внутренние и внешние ресурсы для решения
--------------------------	---	--

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Семейное предабортное консультирование – это квалифицированная психотерапевтическая/психологическая помощь беременной женщине и членам ее семьи, оказавшимся перед трудным выбором, которая основана на совместном разборе мотивов прерывания и сохранения беременности, анализе личностных и средовых ресурсов беременности, выявлении проблемных зон в данной ситуации с использованием функционального ресурса всей семейной системы.

Проведение СПК является важнейшим этапом в рамках целостного подхода в решении репродуктивных проблем. В связи с этим для повышения эффективности психолого-психотерапевтической помощи БЖ, находящейся в ситуации репродуктивного выбора, необходимо организовать последовательный процесс СПК всех специалистов: врача – акушера-гинеколога, психолога организации здравоохранения, врача-психотерапевта.

Инструкцией о проведении семейного предабортного консультирования, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2021 №1409 (Приложение 1), определены цель, задачи и порядок проведения СПК в организациях здравоохранения.

Основная цель СПК – оказание помощи беременной женщине, обратившейся за проведением ИПБ, и членам ее семьи, которых она определила, в принятии осознанного решения о сохранении беременности и рождении ребенка.

Задачи СПК:

- 1) повысить уровень осведомленности по вопросам оказания психологической и медицинской помощи в ситуации репродуктивного выбора;
- 2) оказать помощь в адекватной оценке текущей жизненной ситуации;
- 3) установить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности;
- 4) провести анализ и обозначить внешние и внутренние ресурсы, определяющие ценность ребенка и готовность к материнству (отцовству);

- 5) оказать помощь в определении конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности;
- 6) предоставить информацию о существующих выплатах (пособиях);
- 7) провести консультирование по оптимизации семейной ситуации;
- 8) оказать помощь при возникновении психических и поведенческих расстройств;
- 9) провести информирование о последствиях искусственного прерывания беременности.

АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С РИСКОМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ВРАЧОМ – АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ, ВРАЧОМ-ПСИХОТЕРАПЕВТОМ/ПСИХОЛОГОМ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

После установления факта и срока беременности врач – акушер-гинеколог информирует женщину с риском ИПБ о необходимости предабортного психологического консультирования и ее праве определить члена(-ов) семьи, в отношении которых также может проводиться предабортное консультирование, выдает соответствующее направление.

СПК может проводиться психологом организации здравоохранения, врачом-психотерапевтом.

Беременная женщина с риском ИПБ и член(-ы) ее семьи вправе обратиться для проведения СПК к врачу-психотерапевту, у которого наблюдаются, а также получить данную услугу на платной основе.

Первый прием у врача-психотерапевта/психолога осуществляется в форме семейного консультирования (индивидуального – при отсутствии других членов семьи).

Для обеспечения возможности принятия взвешенного решения беременной женщине предоставляется время для обдумывания до 72 часов.

На повторном приеме у врача-психотерапевта/психолога проводится заключительная консультация, после чего выдается заключение предабортного консультирования (Приложение 1).

Во время повторной консультации определяется возможность/необходимость дальнейшей психолого-психотерапевтической помощи (сопровождение беременности, психокоррекция возможного состояния ПАС, индивидуальная/семейная психотерапия), предоставляется информация о наличии информационных ресурсов, юридической, социальной, медицинской помощи, о мерах государственной поддержки семьям.

Алгоритм взаимодействия БЖ с риском ИПБ с врачом – акушером-гинекологом, врачом-психотерапевтом/психологом в процессе СПК представлен на рисунке 1.



Рисунок 1. Алгоритм взаимодействия беременной женщины с риском ИПБ с врачом – акушером-гинекологом, врачом-психотерапевтом/психологом в процессе СПК

ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

I ЭТАП

1. Установление контакта и доверия:

- 1) представление врача-психотерапевта/психолога;
- 2) сообщение о цели консультации;
- 3) знакомство с принципами и правилами работы врача-психотерапевта/психолога;
- 4) согласование времени, которое может потребоваться для проведения консультации;

- 5) принятие и понимание врачом-психотерапевтом/психологом субъективной картины сложившейся ситуации у беременной женщины/члена ее семьи.

2. Формирование стратегии консультирования:

- 1) работа с декларируемым решением семьи (диагностика состояния семьи);
- 2) определение особенностей сложившейся ситуации для беременной женщины/членов ее семьи;
- 3) определение доминирующих эмоций беременной женщины/членов ее семьи;
- 4) выявление родительской мотивации беременной женщины/членов семьи и определяющих факторов имеющегося решения ИПБ (поддерживающих, потенцирующих, блокирующих, нейтрализующих).

II ЭТАП

1. Аргументация и психотерапевтическое воздействие:

- 1) работа с доминирующими эмоциями беременной женщины/членов ее семьи и их нейтрализация;
- 2) формирование адаптивности эмоционального самовыражения беременной женщины/членов ее семьи;
- 3) гармонизация внутрисемейных отношений (повышение функционального ресурса семьи, работа с ложными сведениями членов семьи);
- 4) проработка альтернативных вариантов разрешения ситуации;
- 5) повышение родительской мотивации беременной женщины/мужчины;
- 6) активизация мотивов сохранения беременности.

2. Формирование целостного образа сложившейся ситуации:

- 1) формирование контраргументов истинных мотивов ИПБ;
- 2) выявление деструктивных мотивов сохранения беременности.

3. Работа с ресурсами:

- 1) осознание беременной женщиной/членами ее семьи имеющихся внутренних и внешних ресурсов;
- 2) мобилизация членов семьи (предоставление необходимой информации о возможности привлечения дополнительных внешних ресурсов);
- 3) работа с ресурсами;
- 4) принятие решения относительно исхода беременности посредством семейного консенсуса.

III ЭТАП

1. Подведение итогов семейного предабортного консультирования:

- 1) резюмирование итогов;
- 2) предоставление информационных материалов;
- 3) обсуждение возможности/необходимости дальнейшей работы с беременной женщиной/членами ее семьи;
- 4) информирование при необходимости о возможности постабортного консультирования.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Необходимо учитывать тот факт, что беременную женщину к врачу-психотерапевту/психологу направляет врач – акушер-гинеколог. Поэтому важно, в какой форме будет сделано конкретное предложение такой женщине. Для того чтобы сам момент направления на СПК был использован в целях создания у БЖ мотивации, снижения уровня тревожности и сопротивления процессу психотерапии, врачам – акушерам-гинекологам необходимо четкое понимание основных целей и направлений работы врача-психотерапевта/психолога в процессе проведения СПК.

Сообщение о необходимости прохождения СПК осуществляется с учетом следующих правил:

- 1) создание обстановки, способствующей доверительному общению;
- 2) вовлечение женщины в активное участие во всех аспектах, необходимых для принятия взвешенного решения;
- 3) поддержание активного слушания во время беседы с проявлением сочувствия, сопереживания и эмоциональной поддержки;
- 4) проявление безоценочности в восприятии любого решения, принятого беременной женщиной относительно актуальности прохождения СПК.

Важными направлениями для специалистов (врач – акушер-гинеколог, врач-психотерапевт/психолог) в работе с БЖ с риском ИПБ являются:

- 1) проведение психопрофилактической работы с беременными женщинами/членами их семей (включающей психосоциальные вмешательства – психообразование, снижение стресса и укрепление социальной поддержки);
- 2) психодиагностическая работа с целью выявления группы риска по реализации ИПБ и возможного развития ПАС;
- 3) проведение психокоррекционной работы непосредственно с беременными женщинами/членами их семей;
- 4) формирование мотивации на последующее психокоррекционное и психотерапевтическое сопровождение;
- 5) формирование ценностного восприятия материнского образа и естественности родового процесса.

После проведения СПК при принятии женщиной решения о сохранении беременности, специалисты (врач – акушер-гинеколог, врач-психотерапевт/психолог) осуществляют:

- дородовую подготовку беременной женщины;
- психопрофилактическую работу возникновения риска ИПБ на более поздних сроках;
- раннюю диагностику нарушений физиологического течения беременности.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВРАЧОМ-ПСИХОТЕРАПЕВТОМ/ПСИХОЛОГОМ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Рекомендуемым диагностическим материалом для врача-психотерапевта/психолога в процессе СПК являются:

- 1) госпитальная шкала тревоги и депрессии («Hospital Anxiety and Depression Scale», HADS), разработанная A. Zigmond, R. Snaitz (1983) для определения уровня тревожных и депрессивных расстройств у БЖ/членов семьи (Приложение 2);
- 2) методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса – Page (Holms – Page) для определения наличия или отсутствия стресса и степени его выраженности, уточнения влияния стрессового воздействия на развитие тревожных и депрессивных расстройств у БЖ/членов семьи (Приложение 2);
- 3) тест отношений беременной (ТОБ (б)) для определения отношения женщины к себе беременной, отношения в формирующейся системе «мать – дитя», отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих (Приложение 2).

Рекомендуемыми техниками для специалистов (врача – акушера-гинеколога, врача-психотерапевта/психолога) в процессе СПК являются:

- 1) активное слушание, принятие имеющегося решения и понимание его смысла;
- 2) постановка уточняющих и направляющих вопросов;
- 3) интерпретация;
- 4) ободрение и поддержка;
- 5) отражение содержания: перефразирование и обобщение;
- 6) отражение чувств;
- 7) отражение собственных чувств врачом-психотерапевтом/психологом и самораскрытие;
- 8) предоставление информации;
- 9) интеграция ресурсов.

Характеристики основных техник консультирования представлены в таблице 3.

Таблица 3
Техники консультирования, рекомендованные для проведения СПК

Техника консультирования, цель	Характеристика
<p>Активное слушание, принятие имеющегося решения и понимание его смысла</p> <p>представляет собой способ выслушивания, при котором происходит отражение чувств, мыслей консультируемого, активное выражение собственных состояний</p>	<p>Техника активного слушания способствует установлению доверительных отношений, глубокому осознанию беременной женщиной/членом ее семьи сложившейся ситуации, свободному выражению эмоций и чувств.</p> <p>Использование приемов активного слушания врачом-психотерапевтом/психологом в процессе консультирования способствует лучшему пониманию и верной интерпретации полученной информации.</p> <p>Основные приемы активного слушания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повторение (эхо-повтор произнесенных отдельных слов демонстрирует внимательность и заинтересованность врача-психотерапевта/психолога к сказанному беременной женщиной/членом ее семьи в течение всей беседы); 2) использование паузы (включение своевременного выдержанного молчания дает возможность подумать, осмыслить, осознать, добавить что-то к сказанному); 3) парафразирование (краткое повторение слов консультируемого с акцентом на главное позволяет предоставить обратную связь, оценить сказанное как бы со стороны, а также может служить способом подведения промежуточных итогов беседы); 4) контекстное уточнение (прояснение деталей позволяет врачу-психотерапевту/психологу улучшить собственное понимание чувств и мыслей беременной женщины/члена ее семьи при обсуждении сложных, эмоционально значимых тем); 5) сообщение о восприятии (прямое сообщение врача-психотерапевта/психолога о понимании эмоций, мыслей, состояния консультируемого, а также прямое сообщение об изменении собственного состояния в результате слушания); 6) развитие мысли (обозначение, принятие и дальнейшее развитие основной мысли, сформулированной беременной женщиной/членом ее семьи в процессе консультирования)

Продолжение таблицы 3

<p>Постановка уточняющих и направляющих вопросов</p> <p>способствует целостному восприятию информации и направляет ход беседы</p>	<p>Открытые вопросы («как?», «какие?», «когда?» и т.п.) предполагают получение от консультируемого большого объема информации, позволяют обсуждать эмоции и чувства, способствуют созданию комплаентных отношений.</p> <p>При получении информации на открытый вопрос часто используются уточняющие или направляющие вопросы.</p> <p>Закрытые вопросы, подразумевающие готовые ответы «да» или «нет», служат для получения конкретной информации, подтверждения, обобщения</p>
<p>Интерпретация</p> <p>заключается в преобразовании смысла сказанного в процессе консультации</p>	<p>Использование техники интерпретации помогает установить причинно-следственные связи между поведением, эмоциональной позицией и когнитивной оценкой ситуации, что предоставляет возможность рассмотрения альтернативных способов решения вопросов</p>
<p>Ободрение и поддержка</p> <p>являются техниками, ориентированными на эмоциональную сферу, и заключаются в принятии субъективных переживаний консультируемого</p>	<p>Техники ободрения и поддержки очень важны для создания ресурсной среды в процессе консультирования.</p> <p>Ободрение выражается фразами, обозначающими согласие и/или понимание.</p> <p>Психологическая поддержка направлена на укрепление веры в себя и собственные ресурсы</p>
<p>Отражение содержания</p> <p>включает приемы перефразирования высказывания и обобщение нескольких высказываний</p>	<p>Отражение врачом-психотерапевтом/психологом содержания сказанного способствует более глубокому осмыслению мыслей, установок, позиций, высказанных в процессе консультирования.</p> <p>Перефразирование основной мысли беременной женщины/члена ее семьи врачом-психотерапевтом/психологом в сжатом виде с точным отражением смысла высказывания способствует осознанию информации, свидетельствует о внимательности и верном понимании сказанного, имеет побудительную мотивацию для продолжения диалога.</p> <p>Обобщение представляет собой определение основной идеи нескольких мыслей, запутанного высказывания, целостного фрагмента беседы</p>
<p>Отражение чувств</p> <p>является техникой, которая заключается в вербализации эмоционального состояния для улучшения осознания и понимания консультируемым собственных эмоций и чувств</p>	<p>Отражая чувства, врач-психотерапевт/психолог концентрирует внимание на субъективных аспектах высказываний беременной женщины/члена ее семьи, что способствует полному или новому пониманию значения испытываемых эмоций и чувств, их полному выражению</p>

Окончание таблицы 3

Отражение собственных чувств и самораскрытие консультанта представляет собой выражение консультантом непосредственных реакций, возникающих в ситуации консультирования в ответ на информацию, эмоциональное состояние, поведение консультируемого	Чувства врача-психотерапевта/психолога могут интерпретироваться и вноситься в консультативное пространство для совместного обсуждения, служить обратной связью для беременной женщины/члена ее семьи относительно поведения, эмоций, высказываний. Техника самораскрытия используется при наличии комплаентных отношений, как правило, на поздних стадиях консультирования
Предоставление информации создает информационный поток, необходимый для восполнения дефицита понимания происходящего у консультируемого	Предоставление необходимой информации врачом-психотерапевтом/психологом во время консультации способствует обращению беременной женщины/члена ее семьи к необходимым внешним ресурсам
Интеграция ресурсов заключается в создании условий для актуализации и активизации необходимых для принятия взвешенного решения ресурсов	Техника «интеграция ресурсов» представляет собой анализ существующей ресурсной среды, выявление необходимых дополнительных ресурсов, определение консультируемым собственной системы внешних и внутренних ресурсов для эффективного решения в данной конкретной ситуации

Важно помнить, что БЖ с запросом на ИПБ до обращения к врачу – акушеру-гинекологу, как правило, уже сформировала свое решение. Однако, в ситуации незапланированной беременности женщина вынуждена в силу разных обстоятельств принимать решение, которое может не совпадать с ее внутренним желанием. При этом в процессе СПК врач-психотерапевт/психолог способствует выявлению не только истинных мотивов прерывания беременности, но и ее внутренних переживаний, помогает в осознании наличия «конфликтной» зоны в партнерском и семейном взаимодействии, способствует актуализации имеющихся внутренних и внешних ресурсов для принятия конструктивного решения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧУ-ПСИХОТЕРАПЕВТУ/ПСИХОЛОГУ В ПРОВЕДЕНИИ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

В ходе проведения СПК выявляются различные типы поведения БЖ: конфронтация, дистанцирование, включенность, амбивалентность, манипуляция. Важно оценить сохранность и поврежденность личностных структур и структур родительства.

Упоминание об ИПБ в самом начале беседы может поставить барьер между психологом и женщиной. Последняя в достаточной степени осведомлена об отрицательных последствиях ИПБ, но старается не допускать эти мысли в сознание, не акцентировать на этом свое внимание. Чтобы преодолеть сопротивление, целесообразно вначале поговорить о «занятой» семейной позиции. Для этого необходимо задать следующие вопросы: «Что произойдет в Вашей жизни, если Вы сделаете искусственное прерывание беременности? Что это Вам даст?».

После получения ответов, когда высказаны все «за» и «против», можно обратиться к рассмотрению альтернативных вариантов: «Что произойдет в Вашей жизни, если Вы сохраните беременность и родите ребенка? Что Вам это даст?».

В этом случае врач-психотерапевт/психолог способствует максимальному расширению поля восприятия данного вопроса и видению потенциальных ресурсов и возможностей его решения.

При проведении консультации с БЖ, принявшей решение об ИПБ, врачу-психотерапевту/психологу важно выявить доминирующее эмоциональное состояние женщины.

Преобладающая эмоция может стать ключом к пониманию истинного мотива прерывания беременности и отправной точкой для преобразования в единой взаимосвязи: **осознать эмоцию – вербализовать эмоцию – принять эмоцию – отработать негативную составляющую – включить корректирующее эмоциональное состояние.**

Важно помнить, что когнитивная оценка женщиной ситуации незапланированной беременности часто лежит в основе ее эмоциональной реакции и определяет дальнейшее поведение, его последствия. Преобразование доминирующего негативного эмоционального блока позволяет ей дистанцироваться, проанализировать те мысли, которые привели к решению об ИПБ, пересмотреть на когнитивном уровне все возможные альтернативные варианты решения ситуации.

Необходимо в процессе СПК ослабить эмоциональное напряжение, свойственное стрессовому состоянию БЖ. Беседа о внутренних переживаниях, их динамике с течением времени помогает понять первую эмоциональную реакцию в тот момент, когда женщина узнала о своей беременности, и то, как она трансформировалась в дальнейшем, с чем это было связано. Женщина начинает осознавать, что чувствует сейчас, когда думает о своей беременности, является ли данная ситуация для нее

критической, в чем причина этого (испытывает чувство вины по отношению к своему ребенку, опасается сделать неправильный выбор, боится ИПБ и его последствий).

При явной закрытой позиции женщины врачу-психотерапевту/психологу возможно озвучить те эмоции, которые может испытывать женщина.

Познание и отражение чувств являются одним из важнейших условий на данном этапе. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных мыслей, однако внимание сосредоточивается не на самом содержании, а на том, что скрыто за содержанием. Отражая чувства, специалист концентрирует внимание на субъективных аспектах признаний, стремясь помочь БЖ разобраться в ситуации.

Необходимо учитывать эмоциональные реакции того члена семьи, которого БЖ выбрала для совместного СПК. Его проявления в процессе СПК являются источником сведений для врача-психотерапевта/психолога об истинной ситуации в семье.

Врач-психотерапевт/психолог проводит СПК с учетом типов поведения БЖ, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4
Основные типы поведения беременной женщины в СПК

Типы поведения беременной женщины	Доминирующее эмоциональное состояние и сопровождающие мысли	Поведение женщины в СПК	СПК с включением корректирующего эмоционального состояния
Конфронтация	Гнев, злость, вина, отвращение. «Нечего мне советовать, зачем мне потом трудности в жизни!».	Такая позиция вызвана тем, что, по мнению женщины, она уже все решила и консультацию психотерапевта/психолога рассматривает как вмешательство в ее жизнь.	Рассудительность, эмпатия, сочувствие. При проведении консультации важно говорить спокойным, мягким тоном, поддерживать атмосферу доброжелательности и принятия любого решения женщины.
	«Многие до меня также решили этот вопрос и ничего, живут хорошо сейчас». «Моим мнением пренебрегают, я уже все решила!»	Она дает односложные ответы, многие вопросы игнорирует, не устанавливает зрительного контакта со специалистом. Возможны открытые вербальные проявления агрессии	Важно выявить истинный смысл противостояния и провести работу с наличием внутриличностного конфликта (контроль-подчинение). Интеграция противоположных позиций выявляет «слепые зоны» восприятия и создает сильную позицию консолидации внутренней согласованности

Продолжение таблицы 4

Дистанцирование	Страх, вина, стыд, недоверие, настроенность. «Этот вопрос по-другому не решить!». «Никто меня не поймет, будут только осуждать и злословить, так что лучше отойти в сторону и не быть никому в тягость»	Характеризуется скрытностью со стороны женщины, критичностью в восприятии информации. Часто таким типом поведения проявляют себя конформные, недоверчивые к миру женщины с низким уровнем рефлексии. Они могут быть в зависимых отношениях с мужчиной или матерью. Однако низкая активность на консультации у такой женщины может компенсироваться готовностью слушать	Безопасность, забота, открытость, доверие. Важно создать атмосферу близости и максимального участия, обратить внимание беременной женщины на конфиденциальность и «приватность» консультации. Необходимо проявить внимание к личному опыту для повышения уровня доверия и личного расположения. Также использовать приемы направленности на совместный поиск альтернативных путей решения, информирование о других видах социальной помощи
Включенность	Тревога, ожидание, доверие, принятие. «Может случиться непоправимое!» «Возможно есть другое решение!»	Такой тип поведения может варьировать в диапазоне от заинтересованности до активного поиска психологической помощи. Частичная открытость позволит женщине говорить о мотивах прерывания беременности, однако диалог поддерживается на инициативе врача-психотерапевта/психолога. Свое мнение БЖ проявляет частично, скрывая собственные эмоции (сдерживает слезы, стесняется, отводит глаза).	Взаимопомощь, самодостаточность. Формирование врачом-психотерапевтом/ психологом активного информационного пространства, эмоциональной поддержки и возможных вариантов решения может способствовать переходу СПК на качественно новый уровень с повышением доверия и открытости женщины, высвобождением истинных эмоций и чувств. Поэтому важно занять лидирующую позицию, создать атмосферу доброжелательности и искренности, структурировать и активизировать беседу

Продолжение таблицы 4

		Активный поиск помощи свойственен БЖ, которые сами хотят сохранить беременность, но обстоятельства и окружение выступают против, оказывая на них определенное давление. Несмотря на то, что они конструктивно сотрудничают с врачом-психотерапевтом/ психологом, проявляют настойчивость и открытость в процессе консультирования, некоторые из них бывают не готовы к рефлексии, самоанализу: решают ситуационные вопросы без потребности в психологической работе над собой, своими мотивами, установками	с помощью подводящих и уточняющих вопросов, приемов активного и эмпатичного слушания, обозначения собственных эмоций и эмоций женщины. Возможно проведение пролонгированной мотивационной работы по оптимизации семейной/ диадной ситуации
Амбивалентность	Вина, тревога, печаль, ожидание. «Может произойти что-то плохое!» «Я не смогу решить все сама!» «Мне нужна помощь в принятии правильного решения!» «Как я могу совершить ЭТО?»	Такой тип поведения обусловлен присутствием в сознании женщины двух вариантов решения исхода беременности, даже если декларируется один вариант – прерывание беременности. Женщины сами рассказывают свои трудности, сомнения, сами выдвигают аргументы и за ИПБ, и за рождение ребенка, обсуждают возможные последствия своего решения.	Сочувствие, утешение, востребованность, гармония. Необходимо оказать помощь в анализе всех составляющих за и против, определить наличие внутренних ресурсов и возможность привлечения внешних активов с целью поддержания решения о сохранении беременности

Продолжение таблицы 4

		Прямо обращаются к компетенциям врача-психотерапевта/ психолога, свободно проявляют эмоции: могут плакать, грустить, смеяться, в зависимости от того, о чем рассказывают. Такие женщины могут приходиться в сопровождении значимого для них лица, способного оказать поддержку. Однако чаще приходят одни, пытаюсь разобраться с собственными ощущениями и переживаниями: для них переживание кризисной беременности действительно становится способом выйти на новый уровень личностного развития	
Манипуляция	Тревога, страх, досада. «Если я не приму крайние меры, то он не сделает того, что я хочу. Мне нужна помощь в достижении этой цели!» «Теперь я могу потерять все, что имела до этого!»	Такой тип поведения характерен женщинам с наличием деструктивного мотива сохранения беременности (официально оформить отношения, удержать партнера, обрести дополнительные материальные ресурсы) при отрицательном отношении семьи/ партнера к факту беременности.	Искренность, равенство, взаимоуважение, ответственность, перспективность. Акцент в работе врача-психотерапевта/психолога необходимо сделать на установлении истинных мотивов прерывания/ сохранения беременности, с актуализацией конструктивных мотивов: уникальность и ценность жизни будущего ребенка, принадлежность к семейной системе

Окончание таблицы 4

		Поведение такой женщины направлено на привлечение компетенций врача-психотерапевта/психолога в достижении своих целей и снижении сопротивления членов семьи/партнера	
--	--	--	--

ОСНОВНЫЕ МОТИВЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И КОНТРАРГУМЕНТЫ В ПРОЦЕССЕ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА/ПСИХОЛОГА

В процессе проведения СПК представляется важным выявление внутренних истинных мотивов прерывания беременности.

В ходе консультирования важно помочь БЖ вовремя осознать деструктивные мотивы, лежащие в основе решения о прерывании беременности, оказать помощь в определении конструктивных мотивов сохранения беременности.

Основные мотивы прерывания беременности у БЖ и контраргументы в процессе СПК врача-психотерапевта/психолога представлены в таблице 5.

Таблица 5
Основные мотивы прерывания беременности и контраргументы врача-психотерапевта/психолога в процессе СПК

Основные мотивы прерывания беременности	Аргументы беременной женщины для проведения ИПБ	Контраргументы в процессе СПК врача-психотерапевта/психолога
Материальные трудности	Финансовые проблемы гиперболизируются и часто скрывают отсутствие психологической готовности к рождению ребенка, нежелание брать на себя обязательства и ответственность	Необходимо изменить отношение к ценности жизни ребенка и показать возможный доступ к финансовым ресурсам, доступной помощи со стороны социальных институтов. Важно отметить, что сам ребенок не требует больших материальных затрат, а выявленные финансовые вопросы возможно решить еще до рождения малыша

Продолжение таблицы 5

Фиксация на отношениях с отцом ребенка	Обида на отца ребенка (за то, что не признает себя отцом; за то, что он категорически против рождения ребенка; вышел из отношений из-за беременности) меняет ее представление о том, что он вообще способен быть отцом	Важно нивелировать негатив обиды, снять фиксацию с партнера. Оказать поддержку в том, что роль «отца» могут выполнять дедушки, дяди и даже фантастические герои с использованием дополненной реальности
ИПБ вследствие жесткой родительской репродуктивной установки	Женщина боится осуждения родителей и их неприятия ее в качестве будущей мамы: «они этого не поймут», «такое возможно только после свадьбы»	Необходимо преодолеть ограничивающие родительские установки и привести женщину к взрослому самопониманию того, что она сама уже в некотором смысле родитель и способна расширить семейные родительские компетенции
Ориентация на карьеру	Женщина боится, что беременность и отпуск по уходу за ребенком прервут ее карьерный рост. В этом случае характерны опасения оказаться «просто домохозяйкой», остаться без активного дохода и финансово зависеть от родных	В таких ситуациях стоит предположить, что все predetermined зависит от уровня компетенции и личной настроенности. Происходящая замена приоритетов и ценностей в пользу материального благополучия дает женщине лишь временное чувство самодостаточности в профессиональной области и внутренней самореализации, неизбежно отдаляя от предназначения быть матерью. Необходимо тщательное переструктурирование жизненных планов, соотнесение краткосрочных и долгосрочных целей и удержание долгосрочной перспективы ценности материнства
ИПБ как «страх перед беременностью и родами»	Свойственен женщинам с фиксацией на негативе, пережившим трудный опыт предыдущей беременности	Проработать больше реальных историй с позитивным опытом. Провести нивелирование оставшихся триггеров. Обсудить возможности получения дополнительной медицинской помощи, необходимость прохождения курсов подготовки к родам

Продолжение таблицы 5

ИПБ как способ скрыть сексуальные отношения	Характерно для женщин, которые ведут двойную жизнь и боятся «подвести женатого партнера»	Привести к пониманию, что с появлением ребенка пришла новая жизнь, «все скрытое ранее включило новый росток, который имеет самый большой жизненный потенциал», одна ценность отношений перешла в другое, одобрительное (со стороны ребенка) и выбранное открытое состояние
Отвержение ребенка с определенными характеристиками	По убеждению женщины, переданные по отцовской или материнской линии ребенку генетические характеристики, являются дефективными	Оказать помощь в освобождении от ограничивающих убеждений и настроить на возможность проведения генетического анализа, верификации предположений и осознанности последующего выбора
ИПБ как следствие приоритета других ценностей	Приоритетом здесь может быть эстетическое состояние фигуры, всевозможные диеты, путешествия, следование привычному укладу жизни	Оказать помощь во взвешенном подходе к вопросу сохранения беременности с помощью информирования о наличии специальных поддерживающих программ массажа, тренировочных комплексов сохранения тонуса и эластичности мышц фигуры. Показать, что многие успешные люди определили для себя беременность переходом на другой уровень самореализации. Многие родители отмечают, что именно ребенок является для них источником вдохновения, потенциалом для движения вперед в личностном и общественном развитии. Среди успешных людей есть немало молодых родителей, гармонично распределяющих ресурсы времени и родительской заботы
ИПБ как страх перед родительством. Нежелание принимать роль матери	Это чаще всего инфантильные, тревожные женщины, ожидающие, что кто-то возьмет за них ответственность, успокоит, утешит	Оказать поддержку, проявить максимальную заботу, показать возможность взять на себя ответственность и обращаться с просьбой о помощи к компетентным лицам столь раз, сколько это будет необходимо

Окончание таблицы 5

Страх перед реакцией социального окружения	Такие женщины характеризуются созависимыми отношениями и рассматривают свой жизненный путь только в контексте выбора доминирующего микросоциума	Показать, что страх – собственная реакция предполагаемой потери авторитета в будущем в ближайшем социальном окружении, которой в реальности нет. Сопоставить взаимодействие микро- и макросоциума, расширить понимание: когда в микросоциуме нет одобрения, макросоциум готов своим одобрением оказать долговременную помощь в рождении и воспитании ребенка. Необходимо принять предлагаемые ресурсы, взрослую позицию и перспективное развитие
--	---	--

При проведении СПК важно: отделить в сознании женщины беременность от предшествующих и сопутствующих затруднений и вопросов; выявить настоящие мотивы прерывания и возможности сохранения беременности женщины и значимо для нее члена семьи; помочь семье найти внутренние ресурсы для преодоления кризисной ситуации и обсудить возможность привлечения внешних ресурсов; помочь понять и осознать собственные установки и диспозиции относительно сложившейся ситуации и ее возможных последствий. Другими словами, задача консультирования – создание в ситуации консультирования условий, благодаря которым женщина (ее семья, партнер) получают возможность:

- 1) расширения собственного видения данной ситуации и связанных с ней вопросов;
- 2) рассмотрения альтернативных (исключая ИПБ) способов решения этих вопросов.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Заключительный этап СПК должен учитывать тот факт, что не всегда в процессе консультирования семья/пара принимает окончательное решение, а другой консультации может и не быть. Здесь возможно порекомендовать для самостоятельного освоения и совместного обсуждения какой-то материал (фильм, книга, интернет-ресурс) для данной конкретной семьи.

Когда женщина остается в решении прервать беременность, рекомендуется сместить консультацию в сторону обучения и просвещения, создавая таким образом образовательную платформу для восполнения имеющегося дефицита реальности и создания нового жизнеутверждающего выбора. В некоторых случаях важно отметить ее права и возможности получать дополнительные консультации у юристов и социальных работников.

Таким образом, проведение СПК позволяет врачу-психотерапевту/психологу:

- 1) осуществить диагностику состояния семьи с определением угрозы ее целостности;
- 2) провести оценку функционального ресурса, обеспечивающего преодоление угрозы;
- 3) выявить проблемные зоны в поведении членов семьи;
- 4) провести анализ мотиваций и стратегий достижения членами семьи личных целей;
- 5) провести оценку родительской мотивации, степени толерантности и личной ответственности членов семьи за происходящие события;
- 6) спрогнозировать возможность вовлечения членов семьи в дальнейшую работу по коррекции семейных отношений.

Преимуществом СПК является то, что в ходе консультирования происходит мобилизация интеллекта и ресурсов всех членов семьи, что создает дополнительные возможности в работе врача-психотерапевта/психолога.

Мобилизация интеллекта членов семьи характеризуется способностью учесть максимум доступных сведений, распределить их по степени достоверности и значимости, а затем выстроить цельный образ проблемной ситуации с учетом мнения целой семейной системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алешина, Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 208 с.
2. Блох, М.Е. Организация психологической помощи в условиях акушерско-гинекологического стационара // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, СПб., 23–25 мая 2012. — СПб., 2012. – С. 115–120.
3. Ваништендаль, С. «Резильентность» или оправданные надежды [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://danilovcy.ru/rezilentnost-iii-opravdannye-nadejdy>. – Дата доступа: 25.01.2022.
4. Верес, И.А. Роль предабортного консультирования в сохранении репродуктивной функции нации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://belmapo.by/rol-predabornogo-konsultirovaniya-v-soxranenii-reproduktivnoj-funkczii-naczii.html>. – Дата доступа: 25.06.2021.
5. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.
6. Дрозд, О.А. Предабортное консультирование: психологическая помощь или давление [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elilib.bsu.by/handle/123456789/249955>. – Дата доступа: 23.06.2021.
7. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. №2435-XII (редакция от 11.12.2020). Глава 4. Статья 27. Искусственное прерывание беременности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&rp=v19302435>. – Дата доступа: 11.10.2021.
8. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб., 2000. – 464 с.
9. Коваленко, Н.П. Перинатальная психология / Н.П. Коваленко. – СПб.: Ювента, 2000. – 197 с.
10. Куфтяк, Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – №5(28) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mprj.ru> – Дата доступа: 12.10.2021.
11. Куценко, О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора / О.С. Куценко. – СПб.: 3 переиздание, 2021. – 425 с.
12. Куценко, О.С. Структура материнства и отцовства. Классификация случаев кризисных беременностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.diaconia.ru/files/56c60c/74416d/a1393a/8b4567/struktura_materinstva_i_ottsovstva.pdf. – Дата доступа: 04.10.2021.
13. Лаврова, Н.М. Семейная терапия: от простого к сложному / Н.М. Лаврова, В.В. Лавров. – СПб.: Bridge, 2009. – 73 с.
14. Лаврова, Н.М. Медиация: принятие ответственных решений / Н.М. Лаврова, В.В. Лавров, Н.В. Лавров. – М.: ОППЛ, 2013. – 224 с.
15. Ласая, Е.В. Психотерапевтическое консультирование беременных женщин. Предабортное консультирование: учеб.-метод. пособие / Е.В. Ласая, А.В. Ходжаев, Л.Ч. Недень. – Минск: БелМАПО, 2016. – 25 с.
16. Материалы курса по предабортному консультированию / Протоиерей Павел Сердюк, Мартынова Л.А., Шевелёва Е.Н., Логнова Л.В. и другие / Под редакцией Сердюк В.В. – Минск: «Белбланкавед», 2021. – 169 с. ил.
17. Метод комплексной медицинской реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя и коморбидными расстройствами настроения. Инструкция по применению / Григорьева И.В., Кралько А.А., Скугаревская М.М., Трущенко М.Н., Адамчук Т.А. – Минск, 2018. – 25 с. (от 28.12.2018, № 235–1218).
18. Психологическое доабортное консультирование. Методические рекомендации. – Москва: «Центр общественных инициатив», 2009. – 70 с.
19. Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности: методические рекомендации / Сост. С.А. Безрукова. – Пенза: КотОМ, 2017. – 88 с.
20. Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности. Методическое письмо [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.minzdrav29.ru/health/normativnye-pravovye-dokumenty/klinical_protokols. – Дата доступа: 28.09.2021.
21. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2021 [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_41019/. – Дата доступа: 25.01.2022.
22. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Из-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.
23. Флейк-Хобсон, К. Развитие ребенка и его отношений с окружающими / К. Флейк-Хобсон, Б.Е. Робинсон, П. Скин. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – 123 с.
24. Шелехов, И.Л. Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты / И.Л. Шелехов, О.Г. Берестнева. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2013. – 366 с.
25. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
26. Inglehart, R. The Silent Revolution in Europe: Intergenerational Change in Post-Industrial Societies / R. Inglehart // The American Political Science Review. – 1971. – Vol. 65, №4. – P. 991–1017.
27. Cowan, P.A. Thinking about risk and resilience in families / P.A. Cowan, C.P. Cowan. C.P. // Stress, Coping, and Resiliency in Children and Families. – New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates – 1996. – P. 1–38.
28. Family Resiliency in Childhood Cancer / M. McCubbin [et al.] // Family Relation. – 2002. – Vol. 51, №2. – P. 103–111.
29. Walsh, F. Family resilience: a framework for clinical practice / F. Walsh. // Family Process. – 2003. – Vol. 42 (1). – P. 1–18.

Приложение 1

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
от 09.11.2021 №1409

ИНСТРУКЦИЯ

о проведении семейного предабортного консультирования

1. Настоящая Инструкция устанавливает порядок проведения семейного предабортного консультирования в организациях здравоохранения.
2. Для целей настоящей Инструкции используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. №153-З «Об оказании психологической помощи».
3. Семейное предабортное консультирование (далее – СПК) проводится в соответствии с международными принципами и нормами биоэтики, государственными минимальными социальными стандартами в области здравоохранения, на основе действующих нормативных правовых актов с использованием всех необходимых видов и форм медицинской и психологической помощи в надлежащих условиях ее оказания.
4. СПК проводится в отношении женщины, обратившейся за проведением искусственного прерывания беременности, и членов ее семьи, которых она определила. Основной целью проведения СПК является осознанное принятие решения о сохранении беременности и рождении ребенка.
5. СПК не проводится в случаях:
 - искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, установленным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. №88;
 - искусственного прерывания беременности по социальным показаниям, установленным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 октября 2008 г. №1580;
 - желания женщины, обратившейся за проведением искусственного прерывания беременности, самостоятельно решать вопрос о материнстве согласно части первой 27 статьи Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».
6. Для достижения основной цели СПК специалистами (психологом организации здравоохранения, врачом-психотерапевтом, врачом – акушером-гинекологом) решаются следующие задачи:
 - повысить уровень осведомленности по вопросам оказания психологической и медицинской помощи в ситуации репродуктивного выбора;
 - оказать помощь в адекватной оценке текущей жизненной ситуации;

- установить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности;
- провести анализ и обозначить внешние и внутренние ресурсы, определяющие ценность ребенка и готовность к материнству (отцовству);
- оказать помощь в определении конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности;
- предоставить информацию о существующих выплатах (пособиях);
- провести консультирование по оптимизации семейной ситуации;
- оказать помощь при возникновении психических и поведенческих расстройств;
- провести информирование о последствиях искусственного прерывания беременности.

7. После установления факта и срока беременности, оценки возможности сохранения беременности врач – акушер-гинеколог информирует женщину, обратившуюся за проведением искусственного прерывания беременности, о необходимости предабортного психологического консультирования и ее праве определить члена(-ов) семьи, в отношении которых также может проводиться предабортное психологическое консультирование. Указанным лицам выдается соответствующее направление.

В случае определения женщиной члена(-ов) семьи, в отношении которых может проводиться предабортное психологическое консультирование, проводится СПК с выполнением его задач.

СПК может проводиться психологом организации здравоохранения, врачом-психотерапевтом.

При отсутствии в штате организации здравоохранения, куда обратилась женщина для искусственного прерывания беременности, психолога или врача-психотерапевта, направление на СПК выдается согласно распределению потоков пациентов.

Женщина и член(-ы) ее семьи, которых она определила, вправе обратиться для проведения СПК к врачу-психотерапевту, у которого наблюдаются, а также получить данную медицинскую услугу на платной основе.

Для обеспечения возможности принятия взвешенного решения консультируемым предоставляется время для обдумывания до 72 часов, после чего выдается заключение согласно Приложению.

**Приложение
к Инструкции о проведении семейного предабортного
консультирования**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ
предабортного консультирования**

1. Организация здравоохранения _____

2. Ф.И.О. женщины _____

3. Ф.И.О. члена семьи женщины _____

4. Возраст женщины _____

5. Дата проведения предабортного консультирования _____

6. Ф.И.О. и должность проводившего предабортное консультирование _____

7. Результат предабортного консультирования:

А) Решила сохранить беременность Б) Решила прервать беременность
(нужное подчеркнуть)

8. Подпись специалиста, проводившего
предабортное консультирование _____

9. Подпись женщины _____

Приложение 2

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ (HADS)

Шкала составлена из 14 утверждений и включает две части:
тревога (I часть) и депрессия (II часть).

Ключ

- Для интерпретации результатов необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности:
- тревога: сумма баллов по утверждениям Т-блока (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);
- депрессия: сумма баллов по утверждениям Д-блока (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Интерпретация результатов

0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;

11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Например: по шкале тревоги получилось 11 баллов, по шкале депрессии – 3 балла. Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы. Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов. Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия.

Инструкция

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем суммируйте баллы.

Бланк

	Утверждение	Вариант ответа	Балл
Т	Я испытываю напряжение, мне не по себе	все время;	3
		часто;	2
		время от времени, иногда;	1
		совсем не испытываю	0
Д	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	определенно, это так;	0
		наверное, это так;	1
		лишь в очень малой степени это так;	2
		это совсем не так	3
Т	Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	определенно, это так, и страх очень велик;	3
		да, это так, но страх не очень велик;	2
		иногда, но это меня не беспокоит;	1
		совсем не испытываю	0
Д	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	определенно, это так;	0
		наверное, это так;	1
		лишь в очень малой степени, это так;	2
		совсем не способен	3
Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	постоянно;	3
		большую часть времени;	2
		время от времени и не так часто;	1
		только иногда	0
Д	Я испытываю бодрость	совсем не испытываю;	3
		очень редко;	2
		иногда;	1
		практически все время	0
Т	Я легко могу сесть и расслабиться	определенно, это так;	0
		наверно, это так;	1
		лишь изредка, это так;	2
		совсем не могу	3
Д	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	практически все время;	3
		часто;	2
		иногда;	1
		совсем нет	0
Т	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	совсем не испытываю;	0
		иногда;	1
		часто;	2
		очень часто	3

Д	Я не слежу за своей внешностью	определенно, это так;	3
		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно;	2
		может быть, я стала меньше уделять этому времени;	1
		я слежу за собой так же, как и раньше	0
Т	Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться	определенно, это так;	3
		наверное, это так;	2
		лишь в некоторой степени это так;	1
		совсем не испытываю	0
Д	Я считаю, что мои дела, занятия, увлечения могут принести мне чувство удовлетворения	точно так же, как и обычно;	0
		да, но не в той степени, как раньше;	1
		значительно меньше, чем обычно;	2
		совсем так не считаю	3
Т	У меня бывает внезапное чувство паники	очень часто;	3
		довольно часто;	2
		не так уж и часто;	1
		совсем не бывает	0
Д	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	часто;	0
		иногда;	1
		редко;	2
		очень редко	3

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ХОЛМСА И РАГЕ

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге (Holmes, Rahe, США, 1967) включает шкалу факторов, в которой каждому значимому событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени стрессогенности.

Бланк теста содержит список психотравмирующих событий повседневной жизни за последний год, имеющих различную эмоциональную окраску и значимость, каждое из которых оценивается по 100-балльной шкале. Если какая-либо ситуация возникала чаще одного раза, то баллы следует умножить на указанное количество повторов.

Инструкция

Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число очков.

Бланк

№	Жизненные события	Баллы
1.	Смерть супруга (супруги)	100
2.	Развод	73
3.	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4.	Тюремное заключение	63
5.	Смерть близкого члена семьи	63
6.	Травма или болезнь	53
7.	Женитьба, свадьба	50
8.	Увольнение с работы	47
9.	Примирение супругов	45
10.	Уход на пенсию	45
11.	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12.	Беременность партнерши	40
13.	Сексуальные проблемы	39
14.	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15.	Реорганизация на работе	39
16.	Изменение финансового положения	38
17.	Смерть близкого друга	37
18.	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19.	Усиление конфликтности отношений с супругом	35

20.	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21.	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22.	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23.	Сын или дочь покидают дом	29
24.	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25.	Выдающееся личное достижение, успех	28
26.	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27.	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28.	Изменение условий жизни	25
29.	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30.	Проблемы с начальством, конфликты	23
31.	Изменение условий или часов работы	20
32.	Перемена места жительства	20
33.	Смена места обучения	20
34.	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
36.	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36.	Изменение социальной активности	18
37.	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38.	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39.	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40.	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.)	15
41.	Отпуск	13
42.	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43.	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	11

Ключ

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
Меньше 150	Большая
150–199	Высокая
200–299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

ТЕСТ ОТНОШЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ – ТОБ(Б)

Автором методики является Добряков И.В. (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003).

Тест содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта:

- А. Отношение женщины к себе беременной.
- Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать – дитя».
- В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

- I. Отношение к беременности.
- II. Отношение к образу жизни во время беременности.
- III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать – дитя») содержит разделы:

- I. Отношение к себе как к матери.
- II. Отношение к своему ребенку.
- III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами:

- I. Отношение ко мне, беременной, мужа/отца ребенка.
- II. Отношение ко мне, беременной, родственников и близких.
- III. Отношение ко мне, беременной, посторонних людей.

Тест позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи.

Инструкция

Из пяти утверждений, представленных в блоках, выберите одно, наиболее полно отражающее ваше состояние. Отметьте подходящий ответ.

Текст опросника

А

I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна
	5	Я очень расстроена тем, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь
	3	Я думаю, что во время родов все могу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе
	5	Я думаю о родах как о предстоящем празднике

Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого

III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью

В

I	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»

Обработка результатов

После выполнения задания необходимо перенести результаты в таблицу 1, отметив в каждом блоке соответствующую выбранному утверждению цифру. В нижней строке таблицы «Всего» выставляется результат подсчета количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр!) в каждом столбце.

Таблица 1**Результаты обследования по «Тесту отношений беременной»**

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение женщины к себе беременной	I. Отношение к беременности	4	2	1	3	5
	II. Отношение к образу жизни	2	3	4	1	5
	III. Отношение к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношения в системе «мать-дитя»	I. Отношение к себе-матери	5	3	4	1	2
	II. Отношение к ребенку	1	4	2	3	5
	III. Отношение к грудному вскармливанию	3	1	2	5	4
В. Отношение к отношению окружающих	I. Отношение к мужу (отцу ребенка)	3	2	1	5	4
	II. Отношение к близким	1	4	2	5	3
	III. Отношение к посторонним	5	4	3	2	1
Всего						

Столбец «О» отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), «Г» – гипогестогнозический, «Э» – эйфорический, «Т» – тревожный, «Д» – депрессивный.

Если в результате тестирования набрано 7–9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если ни по какому типу нет преобладания баллов ПКГД, возможно определить, какие подсистемы ПКГД у женщины нуждаются в коррекции. Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде гистограммы.

На основе результатов исследования беременную женщину можно отнести к одной из трех групп.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в консультировании у психотерапевта или психиатра.

Использование «Теста отношений беременной» позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции.

Учебное издание

Ходжаев Александр Валерьевич,
Григорьева Инесса Викторовна,
Каминская Юлия Михайловна,
Гамова Анастасия Викторовна
Недень Леонид Чеславович

СЕМЕЙНОЕ ПРЕДАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск *В. А. Глушук*
Компьютерная верстка *С. В. Каулькин*

Подписано в печать 21.12.2023. Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,4. Уч.-изд. л. 1,9.
Тираж 50 экз. Заказ

Издательское частное унитарное предприятие «Профессиональные издания».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/318 от 23.04.2014.
Ул. Кнорина, 17, 220049, г. Минск, Республика Беларусь.

Отпечатано в типографии
Производственное дочернее унитарное предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий №2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-103, г. Минск. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.