КРАЕВОЙ КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ЖЕНЩИН

Межведомственная работа

с беременными женщинами/роженицами «группы риска», находящимися в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» и учреждениями социального обслуживания Алтайского края

Методическое пособие

для специалистов социального обслуживания населения

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**для специалистов социального обслуживания населения
по направлению ««Межведомственная работа
с беременными женщинами/роженицами «группы риска»,
находящимися в социально опасном положении
или трудной жизненной ситуации
КГБУЗ «Алтайский краевой клинический
перинатальный центр «ДАР» и
учреждениями социального обслуживания Алтайского края»**

Барнаул 2021

Методическое пособие для специалистов социального обслуживания населения по направлению ««Межведомственная работа с беременными женщинами/роженицами «группы риска», находящимися в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» и учреждениями социального обслуживания Алтайского края».

Пособие содержит цели и задачи, алгоритм межведомственной работы с беременными женщинами «группы риска».

В пособии представлены знания об особенностях кризисного консультирования, которые необходимы не только психологам в их работе, но и специалистам других помогающих профессий – специалистам по социальной работе, юристам. Затрагивается специфика отдельных категорий беременных женщин «группы риска».

Кроме этого, в целях профилактики эмоционального выгорания часть пособия посвящена таком инструменту как супервизия. Даются пояснения, зачем она нужна и в чём её отличие от консуилиума.

Пособие составили: **Малашкина И.С., Свидерских М.И., Клименко Н.С.**
КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин», г. Барнаул, 2021.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение
1. Цели и задачи межведомственной работы с женщинами «группы риска.
2. Целевая группа женщин, на которых направлено межведомственное взаимодействие.
3. Алгоритм межведомственной работы с беременными женщинами/роженицами «группы риска» или находящихся в СОП КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» и учреждениями социального обслуживания Алтайского края
4. Общие принципы кризисного консультирования беременных женщин «группы риска»
5. Работа с женщинами, находящимися в трудной жизненной ситуации.
5.1. Работа с несовершеннолетней мамой/ беременной женщиной.
5.2. Работа с нестабильным эмоциональным состоянием беременных женщин и женщин с детьми.
5.3. Работа с преждевременно родившими женщинами, отказывающимися от долечивания в лечебном учреждении.
5.4. Работа психолога с женщиной, у которой выявлен высокий риск преждевременных родов, а она отказывается от госпитализации.
5.5. Работа психолога с женщиной, отказывающейся от лечения либо госпитализации (у ребенка есть патология или имеются проблемы со здоровьем).
6. .Супервизия специалистов, работающих с женщинами группы риска в ситуации кризиса.
Заключение

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы улучшение демографической ситуации в стране является особым, приоритетным направлением деятельности Российского государства. Государственная политика направлена на создание условий для улучшения материального положения семей с детьми; развитие системы социального обслуживания семьи, увеличение видов предоставляемых семье социальных услуг; снижение материнской и младенческой смертности; создание условий для безопасного материнства и рождения здоровых и желанных детей. Все это сделано в связи с тем, что счастливое материнство является одним из основополагающих факторов благополучного развития нашего общества. Важной составляющей материнства является здоровье. Здоровье человека, как известно, всецело зависит от характера взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды и многочисленных социальных влияний. Эти две составляющие человека – биологическое и социальное – находятся в диалектическом единстве и взаимосвязи.

Период беременности во всех отношениях является для женщины периодом серьёзных изменений в жизни. Меняется её социальный статус: женщина готовится к новой роли – роли матери. Происходят существенные изменения в организме беременной, меняется психологическое состояние и восприятие себя, происходит переоценка личностных ценностей. Психологические исследования показывают, что для женщины ситуация беременности, всегда является кризисной, может переживаться с разной остротой и беременная может демонстрировать различные стратегии адаптации к этой ситуации. Женщина, находящаяся в «группе риска» (с патологией беременности, пережившая насилие, в ситуации, когда негде и не на что жить, есть алкогольная или наркотическая зависимость или будущая мама – несовершеннолетняя) воспринимает ситуацию беременности как более стрессовую, чем женщина с нормальным протекающей беременностью.

Интенсивный темп жизни, чрезвычайно насыщенная информационная среда, высокий уровень ежедневного стрессового воздействия, экологическое неблагополучие – все это негативно отражается на психофизиологическом состоянии беременных женщин. Даже практически здоровые женщины на протяжении генеративного периода находятся в состоянии биологического и психологического криза. Как известно при беременности происходит развитие доминантного возбуждения, оказывающего глобальное влияние на течение регуляторных процессов, формируется специфический уровень высшей нервной деятельности, способствующий нормальному развитию беременности. О часто наступающих в период беременности нарушениях привычной работы организма свидетельствует тот факт, что более половины женщин госпитализируются для сохранения беременности и в связи с болезнями, причём часто неоднократно. У 70% первобеременных женщин выявляются нарушения психического состояния. Ведущую роль в возникновении токсикозов, гестозов, невротических расстройств, а также угрозы не вынашивания и преждевременных родов, в период беременности играют психологические факторы. Исследования последних

лет, направленные на изучение патологии течения беременности, убедительно свидетельствуют о психосоматическом характере этих нарушений и об эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методов лечения.

В связи с этим женщинам на всех этапах беременности требуется внимание и помощь не только медицинских работников, но и специалистов по социальной работе, психологов социальных служб.

Деятельность специалиста социальной службы в работе с беременным женщи нами «групп риска» направлена на:

– подготовку женщины к рождению и воспитанию ребенка, освоению роли матери;

– содействие гармонизации отношений в семье;

– снятие напряженности и страха перед предстоящими родами;

– информирование по правовым вопросам;

– помощь в решении социальных проблем.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ РАБОТЫ С ЖЕНЩИНАМИ «ГРУППЫ РИСКА»

Цель: выявление женщин на ранних стадиях социального неблагополучия семьи и изъявляющих намерение отказаться от новорожденного ребенка, или неуверенных в решении сохранить ребенка, оказание своевременной квалифицированной медико-социальной помощи беременным, роженицам «группы риска».

Задачи:

1. Организовать взаимодействие с учреждениями здравоохранения по вопросам организации помощи женщинам, попавшим в трудную жизненную или социально опасную ситуацию.

2. Организовать мероприятия, направленные на комплексное решение проблем женщинам, попавшим в трудную жизненную или социально опасную ситуацию.

3. Содействовать формированию у беременных женщин ответственного отношения к рождению, воспитанию и развитию ребенка, развитию навыков родительской компетентности в общении и в совместной деятельности с ребенком.

2. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ЖЕНЩИН, НА КОТОРЫХ НАПРАВЛЕНО МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

«Группа риска» – люди, которые уязвимы или могут понести ущерб от определенных медицинских, социальных обстоятельств или воздействия окружающей среды. Также под «группой риска» понимают группу лиц, которые в силу определенных обстоятельств своей жизни более других подвержены негативным внешним воздействиям со стороны общества и его криминальных элементов, что приводит к социальной и психологической дезадаптации.

Беременные женщины «группы риска», на которых направлено внимание в работе межведомственного взаимодействия: беременные женщины, находящиеся в трудной жизненной ситуации (с патологией беременности, отказывающиеся наблюдаться в учреждениях здравоохранения, отказывающиеся от госпитализации, несовершеннолетние, многодетные, малообеспеченные, женщины, имеющие заболевания, которые могут быть опасны для жизни и здоровья будущего ребенка), женщины после насилия, находящиеся в семьях СОП, иных ситуациях.

К «группе риска» относятся:

1) неблагополучная семья – это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно;

2) проблемная семья – это семья, функционирование которой нарушено

из-за педагогической несостоятельности родителей. Как правило, это неконфликтная семья с дисгармоничным стилем семейного воспитания (авторитарный, гипо- или гиперопекающий);

3) кризисная семья – это семья, переживающая внешний или внутренний кризис (изменение состава семьи, взросление детей, развод, болезнь, смерть кого-либо из членов семьи, утрата работы, жилья, документы, средств к существованию и т.д.);

4) асоциальная семья – семья, в которой имеется наличие таких проблем как алкоголизм, наркомания, пренебрежение нуждами детей. При этом, однако, детско-родительские отношения полностью не разорваны (например, дети пытаются скрывать пьянство родителей, берут на себя ответственность за обеспечение семьи, уход за младшими детьми, продолжают учиться в школе);

5) аморальная семья – это семья, полностью утратившая семейные ценности, характеризующаяся алкоголизмом, наркоманией, жестоким обращением с детьми, не занимающаяся воспитанием и обучением детей, не обеспечивающая необходимых безопасных условий жизни;

6) антисоциальная семья – семья, в которой наблюдается крайняя степень семейной дисфункции. Она характеризуется противоправным, антиобщественным поведением, несоблюдением моральных, нравственных норм в отношении наименее защищенных членов семьи, нарушением экономических прав ближних. Это семьи, ведущие паразитический образ жизни, зачастую за счет принуждения детей к воровству, попрошайничеству и проституции;

7) несовершенолетнняя беременная - это беременная девушка в возрасте 12 – 17 лет;

8) женщины, отказывающиеся от госпитализации при патологии беременности;

9) женщины, имеющие приглушенный материнский инстинкт. Материнский инстинкт – это естественное стремление матери ухаживать за своим ребенком, оберегать его, кормить, защищать и воспитывать. Нередко случается так, что женщина не ощущает этой склонности не только во время беременности, когда, возможно, не так просто представить себя в роли матери, но и после родов, когда уже имеет возможность всеми рецепторами воспринимать своего ребенка;

10) социально опасное положение - настоящее время термин «семья, находящаяся в социально опасном положении» принято рассматривать и понимать как:

а) *медицинский* – семья, где наблюдаются медико-биологические отклонения у членов семьи, ярко выраженные заболевания, препятствующие полно-

ценному функционированию семьи;

б) *социально-административный* – семья, условия и уровень жизни которой расцениваются как малопригодные или непригодные для проживания и развития детей;

в) *психолого-педагогический* – семья, где нарушены внутрисемейные и внешние социальные связи, что ведет к личностной деформации членов семьи.

Показатели неблагополучных семей СОП

• *социально-экономические:* длительная безработица одного (обоих) родителей, нежелание работать, а также частая смена мест трудоустройства; длительный статус малообеспеченной семьи и низкий материальный достаток;

• *медико-санитарные:* антисанитария жилища, пренебрежение минимальными санитарно-гигиеническими нормами; отсутствие в квартире (доме) электричества, отопления; алкогольная или наркотическая зависимость родителей, постановка их на учет в наркологический или психоневрологический диспансер; неухоженность и неопрятность детей, наличие у них частых заболеваний и травм;

• *социально-демографические:* родители имеют статус лиц без определенного места жительства; устойчивое неправильное репродуктивное поведение семьи и особенно матери (беременности, которые заканчиваются абортами или отказом от ребенка); выраженная конфликтная ситуация в семье при разводе родителей; родители или один из них посещает деструктивную секту; родители или один из них ранее лишался родительских прав по отношению к старшим детям;

• *криминально-аморальные:* постановка родителей на учет в органах внутренних дел; нарушение родителями общественного порядка по месту жительства, организация сборищ и притонов; аморальный и паразитический образ жизни родителей (употребление спиртного, наркотиков, токсических веществ, бродяжничество, попрошайничество и т.д.);

11) женщины, имеющие социально-значимое заболевание – это женщиы, имеющез заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека: туберкулёз, инфекции, передающиеся половым путем, гепатиты В, С, ВИЧ, психические расстройства и расстройства поведения и другие.

12) женщины, переживающие насилие – женщины подвергающиеся преднамеренном применению физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб».

Виды насилия

• *Физическое насилие* - прямое или косвенное воздействие на жертву с целью причинения физического вреда, страха, боли, травм, других физических страданий или телесных повреждений.

- толкает;
- пощечины, пинки, удары кулаком;
- подвергает риску (не осторожность при управлении транспортным средством);
- швыряет предметы;
- угрожает (оружием, избиением, унижением, нанести вред родственникам или друзьям);
- создаёт препятствие при попытке выйти из помещения;
- оставляет в опасных местах;
- не даёт обратиться за медицинской помощью;
- отказывает в покупке продуктов питания и других, необходимых для семьи товаров;
- наносит вред имуществу.

• Сексуализированное насилие - любое принудительное сексуализированное действие или использование сексуальности другого человека:
- постоянное сексуализированное давление;
- принуждение к половым отношениям применяя силу, угрозы или шантаж (изнасилование; принуждение к половым отношениям в неприемлемой для женщины форм, в присутствии других людей, с детьми или третьими лицам; физическое принуждение к сексу или причинение боли и вреда здоровью жертвы посредством действий сексуального характера, и т.п.);.

• Психологическое насилие (эмоциональное или моральное) – это форма насилия, которая может проводить к психологической травме, в том числе тревожности, депрессии и посттравматическому стрессовому расстройству:

- постоянно критикует, кричит или обижает;
- игнорирует чувства;
- поднимает на смех мировоззрение;
- не разрешает покидать дом;
- манипулирует, используя при этом ложь и несогласие;
- запрещает общение с родственниками и друзьями;
- не разрешать пользоваться телефоном;
- финансовые решения принимает сам;
- унижает при посторонних;
- преследует;
- грозится уйти или выгнать из дома.

• *Экономическое насилие* - это форма злоупотребления, когда один из близких партнеров контролирует доступ другого партнера к экономическим ресурсам, что снижает способность жертвы обеспечивать себя и вынуждает их зависеть от преступника в финансовом отношении:

- отказывает в содержании в случае необходимости;

- тратит общие денег на личные нужды;

- большинство финансовых решений принимаются самостоятельно – например, когда происходит покупка продуктов, то не учитываются потребности детей или жены, и в результате дети могут не получать нужное для их возраста питание; жена за покупки, которые она сделала, должна отчитываться чеками, и т.п.

• *Использование детей, чтобы установить контроль над взрослой жертвой:*

- физическое или сексуализированное насилие над детьми; использование детей как заложников;

- принуждение детей к совершению физического и психологического насилия над взрослой жертвой;

- использование посещения детей для контроля над взрослой жертвой;

- упреки, выражающиеся в таких словах как «ты плохая мать, так как хочешь работать», и т.п.

3. АЛГОРИТМ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ/РОЖЕНИЦАМИ «ГРУППЫ РИСКА» ИЛИ НАХОДЯЩИХСЯ В СОП КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТЕЛЬНЫХ ЦЕНТР «ДАР» И УЧРЕЖДЕНИЯМИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Основная информация

Цель:

Предотвращение отказа от новорожденного ребенка в родильном доме.

Задачи:

1. Выявление женщин, изъявивших устное или письменное намерение отказаться от новорожденного ребенка или неуверенных в решении сохранить ребенка;

2. Изучение ситуации и выяснение мотивов отказа женщины от новорожденного ребенка;

3. Организация комплекса мер, направленных на поддержку семьи ребенка, в случаях, когда мать (или ее родственники, представители ближайшего окружения) сохранили ребенка в семье и нуждаются в поддержке.

Целевая группа:

Женщины с выявленным риском рождения ребенка с патологией.

Ожидаемые результаты:

Выполнение алгоритма оказания помощи женщине, имеющей риск рождения ребенка с патологией;

Сохранение кровной семьи для новорожденного ребенка;

Снижение количества отказов женщин от новорожденных детей в Алтайском крае.

План работы

Этап 1: Выявление женщин с риском вынашивания ребенка с патологией (уровень учреждений родовспоможения)

Цель:
Выявить женщину с риском вынашивания ребенка с патологией

Документооборот:
Журнал записи информации о случаях возможного отказа от новорожденного ребенка

Содержание деятельности:

1. Выявление женщинс риском вынашивания ребенка с патологией; Выявление женщины специалистом медицинской организации;

2. Передача информации о выявленном случае в КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин» по телефону 34-22-55, в рабочие дни с 09:00 до 17:30

Передаваемая информация должна содержать:
• сведения о женщине (Ф.И.О. возраст, дата предполагаемых родов, информация о предыдущих родах, место фактического проживания);
• сведения о специалисте, передающего сигнал (ФИО, должность, контактный телефон).

Этап 2: Реагирование на случай (уровень учреждения социального обслуживания)

Цель:
Обеспечить необходимые меры для выяснения ситуации

Документооборот:
Журнал приема информации, сигнальный лист

Содержание деятельности:

1. Прием информации о выявленном случае;
2. Регистрация информации о случае
При поступлении звонка специалист обязан зарегистрировать поступление информации в специальный журнал приема информации о случаях;
3. Оценка экстренности выезда к женщине

Специалист на основании полученной информации, определяет насколько оперативно необходимо начать работу с женщиной;

4. Принятие решения о назначении ответственного специалиста
Назначается ответственный за ведение дела по поступившему случаю. Назначение фиксируется в журнале приема информации и сигнальном листе.

Этап 3: Выяснение ситуации и мотивов предполагаемого отказа от госпитализации, психологического состоянии женщины, включение семьи в работу (этап на уровне учреждения социального обслуживания)

Цель:

Обеспечить необходимые меры для выяснения ситуации, в результате которых, женщина вовлекается в работу

Содержание деятельности:

1. Выезд к женщине;

Выезд осуществляется в течении недели с момента поступления сигнала

2. Беседа с женщиной;

В рамках встречи специалист осуществляет проверку случая, диагностику состояния женщины, оценку реабилитационных возможностей женщины, сбор информации о ситуации женщины, ее жизни, отношения к ситуации. По окончанию беседы информация о факторах риска и причинах заносится в сигнальный лист.

3. Реализация комплекса мер по сохранению ребенка в семье;

Специалист предлагает женщине сотрудничество по сохранению ребенка. В случае если сама женщина отказывается от совместной работы, ее родственное и/или близкое окружение может рассматриваться как возможный ресурс. Информация о согласии женщины или ее родственников к совместной работе заносится в сигнальный лист, а также информировании женщины о возможности проживания в социальной гостинице и получении услуг кризисного центра.

4. Принятие решения об открытии случая;

Работа с женщиной до родов специалистов кризисного центра для женщин и специалистов комплексных центров.

4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КРИЗИСНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН «ГРУППЫ РИСКА

Ниже представлены общие моменты работы, которые помогут вам наладить контакт с женщиной.

Активное слушание. Для того, чтобы женщина сама озвучила свои трудности и проблемы, ей необходимо в этом помочь – специалист невербальными средствами (положением тела, наклоном в сторону говорящего, ободряющими

кивками, выражением лица и пр.) и вербальными (например, «Расскажите поподробнее», «Представляю, что вы чувствовали!») поощряет женщину к самовыражению. Специалист слушает, структурируя беседу вопросами «я правильно поняла ...», «вы сказали, что ...» либо еще более простыми репликами: «И что?», «В связи с чем?», «В чём причина?» и даже немым вопросом: «???» Такая краткость минимально отвлекает клиентку от своих мыслей, способствует более спонтанному самовыражению. Необходимый элемент активного слушания – резюмирование, т.е. емкое отражение главного смысла сказанного («получается, что...», «выходит так, что...»).

Вербальное присоединение. «Говорить на языке клиента» – в большинстве случаев достаточно говорить просто и доступно, употреблять общепринятые выражения и фразы, не требующие «перевода». Желательно замечать и использовать выражения самой женщины – это улучшает бессознательный процесс со-настройки, воспринимается клиенткой как признак того, что ее слышат и понимают. Когда специалист уже располагает информацией о проблемах и потребностях женщины, очень эффективным приемом может стать «актуальная метафора». Например, женщина, которая с удовольствием вспоминает свое участие в самодеятельном театре, любит «играть», «выступать», не оставит без внимания слова о том, что «можно так и не дождаться, когда тебя выберут на главную роль» – ожидая, что кто-то другой осуществит ее желания и сделает ее жизнь краше.

В начале беседы желательна тактика принятия и согласия, что снижает тревогу женщины, необходимость защищаться, сохранять бдительное напряжение. Снижается враждебность, облегчается самовыражение. В тех же целях, на начальном этапе установления контакта следует ограничиться рассказом клиентки о том, как она видит ситуацию, даже если эта информация вызывает сомнения, далека от действительности, противоречива, негативно характеризует других людей, представляя рассказчицу в роли «невинной жертвы». На этом этапе необходимо воздержаться от конфронтации и продолжать формировать свое впечатление, накапливая данные для более точных и взвешенных выводов.

Эмоциональное «отзеркаливание» – озвучивание чувств женщины, которые она демонстрирует невербально или обозначает «между строк». Это усиливает впечатление клиентки, что ее понимают, и зачастую позволяет женщине самой понять свои настоящие чувства и выразить их. После такого контакта со своими чувствами и потребностями отрицать и вытеснять их становится гораздо труднее. Прочувствовав, проговорив и пережив заново гнев, сочувствие, стыд, чувство вины и другие сильные чувства, женщина обычно испытывает облегчение и прилив сил. В этом процессе высвобождается психическая энергия, уходившая ранее на подавление чувств. Когда же чувства выражены, становится возможным обсуждение ситуации, облегчается ее «разумное» восприятие и логическое понимание.

В беседе желательно воздерживаться от советов, которые воспринимаются как навязывание чужих ценностей, стремление «переломить» намерения и решения клиента. На женщин с выраженной протестностью, обостренной потребностью в «независимости», что характерно для юных женщин, попытки специ-

алиста оказать давление действуют как «красная тряпка на быка» – вызывают агрессию, сопротивление и разрыв контакта. Иногда «напор» специалиста не вызывает выраженного сопротивления, а приводит к тому, что женщина начинает использовать тактику манипуляций и лжи, привычную для нее в общении с людьми, которым «наплевать» на ее потребности, чувства и затруднения, которые хотят использовать ее в своих целях.

В рамках психологического консультирования существует запрет на советы, т.к. советуя, психолог полностью берет на себя ответственность за происходящее, что поддерживает пассивную позицию клиента, не способствует развитию его личности и адекватному отношению к действительности.

Поддержка самоуважения женщины, оказавшейся в ситуации, приведшей к отказу от помощи, – принятие личности женщины, обращение к лучшим ее сторонам, опора на «сильные» и уникальные качества. Поддержка необходима, поскольку снижение самооценки, разрушение хорошего отношения к себе всегда крайне болезненно, особенно для человека с исходно негативной «Я-концепцией». Боль бывает столь нестерпимой, что человек, используя отрицание как защитный механизм, полностью лишает себя чувств, «мертвеет», «замораживает» свою эмоциональную сферу, выглядит бессердечным, равнодушным. Поэтому поддержка самоуважения женщины ситуативно улучшает ее эмоциональное состояние, снимает защиты, ободряет, высвобождает психические ресурсы для коррекции установок и, разумеется, способствует установлению психологического контакта. Важно понимать, что позиция принятия, которую занимает специалист, подразумевает не одобрение деструктивных действий (отказ от госпитализации и оказания помощи), а право человека на чувства и их выражение – в том виде, какие они есть. А также то, что личность человека всегда имеет сохранные зоны (области силы), заслуживающие поиска, внимания и признания.

Честность специалиста – задает тон и является основой формирующегося доверия. По мере установления контакта и накопления данных (подробностей сложной жизненной ситуации, личностных качеств женщины, ее специфических затруднений) специалист может озвучивать какие-то из своих выводов (на основе услышанного), задавать вопросы, уточняя интересующее, выяснять то, что вызывает сомнения, строить прогнозы, высказывать свои догадки и т. д. – критически осмысливать жизненную ситуацию женщины и ее причины. Когда такое осмысление лишено осуждения и высокомерия, то приводит к большей ясности и определенности в отношениях, к большей открытости. Необходимо стремиться к тому, чтобы у женщины возникло чувство, что специалист действительно хочет ее понимать, что ее понимают. Человек, который понимает, вызывает наибольшее доверие и интерес ко всему, что от него исходит, а это важная составляющая мотивации к совместной деятельности. Установленный контакт предполагает, что человек почувствовал себя в безопасности в присутствии специалиста, готов находиться с ним в одном пространстве и продолжать беседу.

Специалист должен проявить понимание к ситуации клиента, к его эмоциям, разочарованиям, тревогам. Это подразумевает понимание ситуации, но не обязательно согласие с ней.

Избегайте споров: специалист должен позаботиться о том, чтобы не попасть в ловушку, споря с клиентом о том, что у него есть проблема и есть необходимость в изменениях. Это ловушка, из которой они не смогут выйти. Клиент просто будет спорить, отстаивая противоположную точку зрения: «Нет, у меня нет проблем!».

5. РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

5.1. РАБОТА С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕЙ МАМОЙ/БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ

1. Установление контакта. На первом этапе консультирования важно установить контакт с несовершеннолетней женщиной. Поэтому в начале консультации основной приём – активное слушание и уточняющие вопросы. Важно вовлечь женщину в диалог, помочь ей раскрыться, преодолеть сопротивление. Поэтому целесообразно начинать диалог с открытых вопросов (на которые нельзя ответить «да» или «нет»). Например: «Как тебя зовут?», «Что произошло?», «Как себя/что сейчас чувствуешь?»

2. Диагностика несовершеннолетней женщины с целью выявления круга проблем и определение видов помощи психолога. Можно использовать следующие методики:

- методика «Незаконные предложения»;
- составление карты социальных контактов;
- методика «Рисунок семьи»;
- методика «Я и мой ребенок»;
- методика «Отношение к детям» (тест родительского отношения Я.А.Варга и В.В.Столина);
- опросник нервно-психического напряжения И.А.Немчинова.

3. У несовершеннолетних матерей происходит «сочетание несочетаемого», т.е. осознание того, что скоро появится ребенок и изменения в теле и, невозможности жить прежней жизнью подростка. Девушка лишается «свободы». На данном этапе очень важно оказать ей помощь в принятии изменяющего телесного «Я». Предоставить информацию о возможных эмоциональных и поведенческих проявлениях, характерных для женщин, готовящихся стать матерью. В случае выявления факта непринятия несовершеннолетней ее беременности – оказать поддержку в процессе обретения смысла данного события в ее жизни. Важно также развивать и укреплять чувства материнства, ответственного отношения к родительству.

4. Работа с родителями. Следует сказать, что никогда не бывает единственной причины возникновения беременности у несовершеннолетней девушки. На это влияет сразу несколько факторов, и винить надо не подростка, а сложившиеся обстоятельства.

Принято считать, что ранняя беременность в России возникает чаще в неблагополучных семьях. Но в настоящее время это не так. Раньше подобная тенденция наблюдалась, потому что дети из асоциальных семей были предоставлены сами себе. Но сейчас имеется некоторый социальный дисбаланс, и наличие финансового достатка не делает детей более защищенными. Даже наоборот, из-за материальных возможностей они становятся менее благоразумными, особенно, при недостатке внимания со стороны родителей.

Ответственность за возникновение ранней беременности нельзя складывать только на молодую девушку, Будущий отец, родители, учителя и многие другие также должны понимать и осознавать в полной мере все происходящее. Будущая мать часто не знает с кем поделиться своими переживаниями, скрывает беременность до большого срока, избегает разговоров с родителями или гинекологом. Эта реакция связана с тем, что взрослые всегда негативно воспринимают фразу «я беременная» от своих молодых дочерей.

Основной психологической травмой становиться вина перед своими родителями из-за того, что она в несовершеннолетнем возрасте вступила в отношения, которые повлекли за собой такого рода последствия. Так же возможны порицания со стороны близкого и дальнего окружения будущей мамы, которые негативным образом отражаются на психологическом состоянии беременной.

Специалисту необходимо помочь родителям увидеть за «проступком» дочери ее боль и страх. Ведь, хотя причины, приводящие к беременности девочку-подростка, могут быть разными (девочка может стать жертвой сексуального насилия в семье или за ее пределами, а бывают и случаи, когда девочки-подростки специально беременеют, считая это «инициацией» во взрослую жизнь), в большинстве случаев это – огромный стресс. И главное для беременной девочки – не лишиться поддержки, защиты своей семьи, не потерять контакта с родителями. Она может вести себя дерзко, вызывающе и как угодно, но в душе она ждет помощи.

4. Подготовка к родам. На данном этапе важно работать с имеющимися страхами и опасениями, связанными с предстоящими родами. Снижением уровня тревожности, созданием в сознании несовершеннолетней общей благоприятной установки, восприятию родов как нормального физиологического процесса.

5. На заключительном этапе важной является работа с имеющимися установками у несовершеннолетней. Важно сформировать у нее социальные нормы и ценности, психологические установки, способствующие сохранению и профилактике собственного здоровья и здоровья малыша, формированию устойчивой, положительной связи между ней и ее ребенком. Чтобы несовершеннолетняя в дальнейшем успешно функционировала в обществе, важно также уделять внимание развитию у женщины волевых и эмоционально-интеллектуальных качеств.

5.2. РАБОТА С НЕСТАБИЛЬНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН С ДЕТЬМИ

Возможные проявления:

• ухудшение и неустойчивость настроения, склонность к аффективным (депрессивным) реакциям, раздражительность, обидчивость, плаксивость, тревожность и прочее;

• склонность к искаженному истолкованию поведения окружающих. Появляется придирчивость к словам и поступкам окружающих, настороженное отношение к медицинскому персоналу, повышается уровень агрессивности или замкнутости;

• повышение психологических защит (отрицание, подавление, регрессия, смещение и др.). Это проявляется неверием в произошедшие события, игнорированием собственного состояния, оказанием помощи другим в ущерб себе, инфантильностью, равнодушием, безразличием относительно беременности или новорожденного ребёнка;

• ухудшение соматического состояния, психосоматические реакции;

• оказание ненадлежащего ухода за ребенком.

Возможные риски:

• обострение или манифестация психических заболеваний или невротических расстройств (включая депрессию, фобии, панические атаки, навязчивости и пр.);

• причинение вреда себе или ребенку;

• эмоциональное неблагополучное протекания беременности, родов и/или послеродового периода (проявления: сниженный эмоциональный фон, тревога, снижение качества жизни, повышение риска психосоматических нарушений);

• неэффективные взаимоотношения женщины и медицинского персонала (нерегулярное наблюдение, невыполнение назначений врача, отказ от госпитализации);

• нарушение привязанности в диаде мать-дитя, нарушения или отказ от грудного вскармливания. Отсутствие мотивации на уход и заботу о новорожденном, не удовлетворение потребностей ребенка.

В данном случае работа психолога будет направлена на:

• оценку актуального психоэмоционального состояния (клиническое интервью, опросники на тревогу и депрессию (Зунга, Бехтерева и др.), личностные особенности, тест отношений беременной или родильницы (И.В.Добрякова), проективные методики (рисуночные, тестовые);

• выявление и своевременную маршрутизацию женщины к специалисту психиатрического профиля (при необходимости);

• помощь в принятии решения в ситуации репродуктивного выбора;

• адаптацию семьи и формирование готовности к рождению и уходу за ребенком с патологией и хромосомными нарушениями;

• формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины;

• профилактику отказов от новорожденных.

Этапы психологического консультирования:

1) установление контакта профессионального консультирования; безоценочное принятие женщины, ее ситуации, поведения, выражение эмпатии;

2) предоставление женщине возможности выговориться (иногда возможность рассказать о своих проблемах способствует тому, что человек начинает по-другому видеть проблему и находит самостоятельно пути для ее решения);

3) предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах ее проблемной ситуации (предоставление информации о возможных эмоциональных и поведенческих проявлениях, характерных для женщин, готовящихся стать матерью, совместное с женщиной переформулирование проблемы для дальнейшей работы);

4) В диагностике можно использовать следующие методики:

• методика «Незаконные предложения»;

• составление карты социальных контактов;

• методика «Рисунок семьи»;

• методика «Я и мой ребенок»;

• методика «Отношение к детям» (тест родительского отношения Я.А.Варга и В.В.Столина);

• опросник нервно-психического напряжения И.А.Немчинова;

• диагностика актуального психоэмоционального состояния (клиническое интервью, опросники на тревогу и депрессию (Зунга, Бехтерева и др.),

• личностные особенности, тест отношений беременной или родильницы (И.В.Добрякова);

• методика «Мандала», дает возможность оценить актуальное психоэмоциональное состояние женщины, возможность через цвета отреагировать «законсервированные» чувств, снять эмоциональное напряжение).

Выявление причин и роли психогенного фактора в состоянии женщины, обучение различным способам снятия эмоционального напряжения самостоятельно. Поиск ресурсов;

5) завершение консультирования с предоставлением женщине права при необходимости повторного обращения или назначение впоследствии поддерживающей встречи. Работа психолога должна быть экологичной для женщины, находящейся на любом сроке беременности. Это значит, что приоритет терапии в безопасности и эмоциональной поддержке со стороны специалиста.

5.3. РАБОТА С ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОДИВШИМИ ЖЕНЩИНАМИ, ОТКАЗЫВАЮЩИМИСЯ ОТ ДОЛЕЧИВАНИЯ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

При рождении недоношенного или «маловесного» ребенка, у женщины возникает повышенное чувство тревоги за здоровье и жизнь своего малыша, а также может возникнуть чувство вины и неполноценности. Уход за недоношенным ребенком требует больших усилий со стороны мамы, и её психологическое

состояние может сильно влиять на её способность эти усилия прикладывать. Поэтому специалисту важно работать с чувствами женщины и учитывать её состояние.

1 этап. Установление контакта с женщиной.

На этом этапе происходит знакомство с женщиной, создание атмосферы доверия. Необходимо, чтобы женщине было понятно, что за специалист и с какой целью будет с ней взаимодействовать. Специалисту важно быть искренним и расположенным к женщине, относиться с уважением к ситуации и чувствам клиентки. Здесь можно использовать техники активного слушания, эмпатического слушания. Не стоит давить, критиковать и слишком активно доказывать необходимость консультации.

2 этап. Определение эмоционального состояния женщины.

После того, как первичный контакт установлен, женщина может более свободно выражать свои эмоции. Часто женщины после преждевременных родов испытывают чувство неполноценности и вины; чувство беспомощности; страх за будущее ребёнка.

3 этап. Работа с актуальными эмоциями.

Женщине важно услышать, что на процесс родов влияет множество факторов и сложное их течение не является её виной. Наиболее эффективным способом преодоления чувства беспомощности и невозможности как-то повлиять на ситуацию является сохранение лактации. Важно проговорить с женщиной, к кому она может обратиться за помощью, это может быть медицинский персонал, консультанты благотворительных организаций (например, фонд «Право на чудо», телефон 8 800 555 29 24), женщины с подобным жизненным опытом. Что касается страха за здоровье малыша, на этом этапе важно проговорить женщине, что многое зависит от её ответственного отношения к рекомендациям врачей (но сделать это предельно корректно, без давления).

4 этап. Определение стадии горевания.

Преждевременные роды являются для женщины сильным стрессом, могут являться даже травмой, поэтому и переживание этого события проходит стандартные стадии переживания горя, утраты: шок, отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие (адаптация). Длительность прохождения каждой фазы определяется индивидуально. На этапе лечебного учреждения женщина чаще всего находится в стадии шока, отрицания, гнева или торга. Поэтому работа строится с учётом стадии горевания. Специалисту, который будет работать в более позднем периоде, стоит учитывать особенности последующих стадий.

На стадии шока женщина может испытывать потрясение, растерянность, дезорганизованность. Она не может адекватно оценить ситуацию. На этой стадии не нужно давать много информации, важно оказывать поддержку и не предлагать принимать значимые решения.

На стадии отрицания риск покинуть лечебное учреждение очень высок. Появление отрицания характеризуется активацией защитных механизмов пси-

хики, которые позволяют «смягчить удар» стресса. На этом этапе важны действия медицинского персонала по оказанию помощи ребёнку и разъяснения для родителей их действий в ближайший период времени. Требуется терпеливая и бережная поддержка для женщины.

Далее наступает стадия гнева, который может быть направлен как на медицинский персонал, так и на саму себя. Специалистам рекомендуется по возможности спокойно реагировать на выражение гнева, конструктивно направляя общение в русло обсуждения вариантов помощи, не включаясь в «поиск виноватых». Стадии торга и гнева могут меняться местами, торг может быть выражен как обращение к религии или другим источникам с надеждой на благополучный исход ситуации. Если надежды рушатся, возникает гнев.

На стадии депрессии важна адекватная оценка состояния женщины в плане интенсивности депрессивных проявлений. При подозрении на клиническую депрессию нужно привлекать психотерапевтов или психиатров с целью проведения диагностики и назначения медикаментов. Если депрессия проходит без клинических проявлений, важно поддерживать женщину, работать с негативными убеждениями, обеспечивать помощь женщин с подобным опытом. Необходимо подчеркивать, что эта стадия предшествует стадии адаптации.

На стадии адаптации женщина адекватно оценивает ситуацию и готова предпринимать необходимые действия.

Желание покинуть лечебное учреждение может возникать на стадиях отрицания, гнева, торга. Очень важно разъяснить женщине о стадиях переживания и их особенностях, о том, что те переживания, в которых она сейчас находится, в конечном итоге приведут к адаптации к ситуации.

5 этап. Информирование об особенностях взаимодействия с недоношенным ребёнком.

Ориентируясь на эмоциональное состояние женщины и на стадию горевания, даётся информация о развитии ребёнка и взаимодействии с ним.
Постоянно делается акцент на том, что развитие преждевременно родившегося ребёнка очень сильно зависит от приложенных родителями усилий. Стоит делать упор на том, что у ребёнка есть шанс вырасти здоровым, ему просто очень нужна помощь мамы.

Смертность и частота осложнений среди детей с весом при рождении ниже 1500 г сейчас настолько низкая, что практически не отличается от показателей детей, родившихся в срок. У доношенных детей также могут возникать поражения, связанные с беременностью, родами и периодом новорожденности.

За детьми, которые родились до 28-й недели беременности, необходимо присматривать особенно тщательно. Чаще всего за ними наблюдают в поликлинике больницы, в которой им проводилось лечение.

Всем детям, родившимся ранее 28-й недели беременности или менее 1000 г, рекомендовано наблюдение у специалистов. Чаще всего это означает, что наблюдение проводится в поликлинике детского отделения.

Важно, чтобы за ребенком наблюдали специалисты.

Умеренные поражения практически никогда не обнаруживаются в течение первого года жизни. Последующий контроль очень важен для выявления таких

нарушений, как косоглазие или небольшой церебральный паралич. У многих недоношенных детей в течение первого года жизни наблюдается некоторая скованность в движениях без признаков церебрального паралича. Контроль помогает обнаружить, что ребенок развивается медленнее, чем положено, и в случае необходимости позволяет начать стимуляцию развития. Даже если ребенок развивается нормально, родителей очень успокаивает подтверждение этого во время очередного контроля.

При оценке развития недоношенного ребенка в первые 12 – 18 месяцев после рождения необходимо корректировать возраст с поправкой на срок недоношенности. Это означает, что, если в норме ребенок должен начать ползать примерно в возрасте 9 месяцев, для ребенка, рожденного на 3 месяца раньше, допустимо начать ползать до 12 месяцев, и это не считается патологией. Необходимо также помнить, что если ребенок серьезно болел и, например, был на искусственной вентиляции, это окажет влияние на развитие. В этом случае некоторая задержка свидетельствует об отсутствии внешней стимуляции в этот период. Ребенок немного позже всему научится.

Многие мамы недооценивают важность сохранения грудного вскармливания, если нет возможности начать кормление грудью, когда ребёнок в реанимации. Можно предложить обратиться к консультанту по грудному вскармливанию.

Недоношенный ребёнок особенно сильно нуждается в телесном контакте с мамой. Существует Метод Кенгуру, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Суть метода заключается в том, что малыша ежедневно от одного до нескольких часов в день выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы. Его использование позволяет малышу быстрее адаптироваться к окружающему миру и набирать вес.

5.4. РАБОТА С ЖЕНЩИНОЙ, У КОТОРОЙ ВЫЯВЛЕН ВЫСОКИЙ РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, А ОНА ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

1. Женщинам с угрозой прерывания беременности в наибольшей степени характерно преобладание психологического компонента гестационной доминанты гипогестогнозического, эйфорического и тревожного типов, что дает им высокий уровень тревожности, приводящий к преувеличению возникающих трудностей и претенциозности к окружающим.

2. Женщинам с угрозой прерывания беременности характерно использование незрелых механизмов психологической защиты, посредством которых неприемлемые для личности бессознательные реакции могут приводить к эмоциональным пертурбациям и психосоматическому реагированию.

3. Преобладание экстрапунитивной необходимо-упорствующей направленности эмоционального реагирования в ситуации фрустрации с низкой фрустрационной толерантностью и социальной адаптацией при осложненном течении беременности свидетельствует о необходимости психологической помощи этому контингенту женщин и разработке программы психологического сопро-

вождения.

Основной метод – консультирование, т.к. он предполагает развитие равных (кооперативных) отношений между женщиной и специалистами, позволяющий ей самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность.

По существу это работа по незаявленному требованию.

1 этап. Знакомство с женщиной.

2 этап. Установление доверительного контакта с беременной женщиной, не вступая в конфронтацию с женщиной, поддержать ее позицию и зайти в психологическую работу на уровне поддержания «бытового» разговора, через создания атмосферы доверия – эту работу можно отмечать как возникновение раппорта, или взаимного чувства близости. Женщина не сможет открыться, если не почувствует атмосферу душевного тепла и поддержки со стороны специалиста. Психолог, в свою очередь, без раппорта не сможет получить необходимую информацию и быть эффективным в консультировании.

Можно выделить несколько методов достижения переживания раппорта, лёгкие и быстрые. На этом этапе психолог в ходе вербального и невербального общения должен быть понятным для клиента, идти ему навстречу. Этого можно добиться, выражая своё одобрение и поощрение, давая ясные и содержательные ответы на вопросы клиента.

Для создания конструктивных рабочих отношений необходимо в понятной форме рассказать клиенту о концепции консультирования, её смысле и цели. Как показывает опыт, временные границы скорее ободряют клиента, т.к. у него перед глазами оказывается достижимая цель.

Клиенту следует также понять, что в ходе консультации он будет активным партнёром психолога. Тем самым за ним признаются такие возможности, о которых он, возможно, не думал; он вырастает в собственных глазах и испытывает воодушевление.

Также на этапе установления контакта важным моментом является установление эмпатии, для этого важно определить эмоциональное состояние беременной женщины на основе мимических реакций, поступков, жестов и т.д.; понять ее эмоциональное состояние посредством сопереживания; проникнуть в ее субъективный мир; воспринимать ее внутренний мир точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков.

Эмпатическая позиция консультанта характеризуется следующими особенностями:

1) сохранение собственной позиции консультанта, наличие определенной психологической дистанции между консультантом и клиентом, отсутствие отождествления между переживаниями консультанта и женщиной «группы риска» (в отличие от идентификации);

2) наличие сопереживания (каким бы по знаку ни было переживание женщиной «группы риска»), а не просто эмоционально положительного отношения консультанта к беременной женщине (в отличие от симпатии);

3) динамический (а не статический) характер эмпатических отношений, глубина и качество которых зависят и от консультанта (сензитивность, умение

дистанцироваться от своей позиции, жизненный и профессиональный опыт и пр.), и от беременной женщины (экспрессивность, владение языком), и от количества доступной консультанту информации.

3 этап. Работа с эмоциональным состоянием женщины. Оказание поддержки и формирование ответственности за любое решение, которое будет принято женщиной.

Очень важно на этом этапе предоставить беременной женщине возможность выражать любые чувства и важно относиться к ним с уважением, пониманием, поддержкой и без предубеждения. Задача консультанта поддерживать выражение чувств беременной женщины. Особенно важно мобилизовать поддержку в моменты, когда ее состояние ухудшается. Консультант должен чувствовать, что любые ее эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения. Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество, чувство вины. Люди осуждают себя за те решения, которые им приходилось принимать в условиях недостатка информации, суеты и паники. Если женщина начинает плакать, важно поддержать ее в этом и можно сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Старайтесь сосредоточиться на актуальных чувствах женщины.

На данном этапе так же уместно отражение чувств. Отражение чувств – это вербализация тех чувств, о которых женщина прямо не говорит, но которые вы можете в ней предположить, исходя его из невербальных проявлений (поза тела, язык тела, тон голоса и пр.), а также исходя из особенностей ее ситуации. Помочь женщиной идентифицировать свои чувства и побудить его говорить о своих аффективных переживаниях в связи с проблемой. Отражение чувств может помочь женщине вентилировать свои чувства и таким образом снизить уровень напряжения, что, в конечном счете, обеспечит возможность сфокусироваться на проблеме, так же продемонстрирует ваше эмпатическое понимание проблемы женщины и улучшить раппорт с ней.

Отражая чувства, старайтесь выражаться просто и коротко, и говорить только об одном чувстве в каждый момент времени. Краткость увеличивает ясность и минимизирует возможность интерпретаций. В фокусе внимания остается женщина.

Позитивные формулировки (без частницы «не») более эффективны, чем негативные («чувствуете себя оскорбленной» вместо «Вы не чувствуете себя счастливой»).

4 этап. Прояснение, поиск и исследование причин отказа от госпитализации. Выход на проблему, формулирование запроса.

Далее очень важным на данном этапе является присоединение чувства к содержанию. Этот процесс помогает прояснить чувства и связать их с вызвавшими их событиями, за счет этого уменьшается ощущение хаоса и утраты контроля, проясняются объекты работы.

Включение техник активного слушания (техника вербализации, рефлек-

сивного слушания), которые основаны на принципе информационной обратной связи, вербально выраженной в сообщениях о понимании переданной женщиной информации. Вот основные техники активного слушания:

• уточнение. Чтобы убедиться в точном понимании чувств и мыслей женщины консультант время от времени просит дать дополнительные разъяснения;

Высказывание информационной обратной связи обычно сопровождается соответствующими вводными фразами. Нагляднее всего принцип информационной обратной связи демонстрирует вводная фраза «Если я вас правильно понял...».

• безмолвное слушание – заинтересованное молчание, прерываемое короткими словами и междометиями, направленными на поощрение вербальной активности женщины; это также паузы, дающие возможность ей встретиться со своими мыслями.

Безмолвное слушание – это минимальная информационная обратная связь, по которой женщина может без труда определить, слышит консультант его или просто слушает.

• повторение – консультант повторяет всю фразу женщины, конец фразы или отдельные слова («ключевые слова»), на которых хотелось бы заострить внимание.

• перефразирование (парафраз) – пересказ смысла высказываний женщины своими словами. Помимо общих для техник активного слушания функций (уточнение правильности понимания собеседника, активизация обсуждения, демонстрация уровня понимания собеседника и т.д.) перефразирование выполняет важную специфическую функцию: парафраза консультанта расширяет языковое пространство беседы, помогает женщине найти новые слова для описания своего опыта.

• резюмирование – краткое повторение вышесказанного, подведение итогов. В сжатом виде консультант повторяет основные высказанные идеи, факты, чувства женщины и пр. Подведение итогов полезно не только в конце беседы, к резюмированию необходимо периодически прибегать также во время беседы («после каждого абзаца»), поскольку оно способствует прояснению и более четкому обозначению направления беседы.

Локализация проблемы – детализация проблемной ситуации из хауса эмоций, из множества жизненных ситуаций – «не все плохо, а плохо что мама не понимает», «не все бросили, а молодой человек не поддерживает» и др.

5 этап. Работа по поиску ресурсов.

Системный подход к оценке ресурсов предполагает диагностику следующих ресурсов матери.

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

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

жности.

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

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

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

6. Материальные ресурсы семьи.

7. Наличие поддержки со стороны окружения.

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

6 этап. Обсуждение рисков. Если необходимо, работа со страхами. Работа с выявленным запросом.

Работа на принятие диагноза.

За непринятием всегда стоит страх принятия информации. Как только информация об угрозе преждевременных родов или угрозе жизни и здоровью принята, это станет неизбежно, с этим нужно будет жить, принимать какие-то действия, брать ответственность за жизнь и здоровье ребенка. Пока идет стадия отрицания как будто ничего не произошло, и смиряться с диагнозом не нужно.

Помним о том, что отрицание это психологическая защита, так наша психика защищает себя от горя и страданий. В работе на принятие данного факта нужно быть максимально бережным, оказывать поддержку.

7 этап. Помощь в критичном осмыслении причин отказа от госпитализации, классификация самой женщиной их на объективные и необъективные. Сопоставление рисков.

8 этап. Работа на формирование мотивации к выполнению медицинских рекомендаций и приверженности к лечению, а также маршрутизацию к профильным специалистам (психиатр, нарколог, невролог и др.) в случае выявления у женщины ментальных нарушений или психиатрических диагнозов.

5.5. РАБОТА С ЖЕНЩИНОЙ, ОТКАЗЫВАЮЩЕЙСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ЛИБО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (У РЕБЕНКА ЕСТЬ ПАТОЛОГИЯ ИЛИ ИМЕЮТСЯ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ)

При работе с женщинами, отказывающимися от госпитализации, важную роль имеет выстраивание работы по выявлению истинных мотивов отказа.

Важно на уровне подготовке к встрече с женщиной прояснить с врачами, что стало причиной необходимой госпитализации, какова патология или при-

рода заболевания, риски отказа от госпитализации, необходимость и срочность госпитализации.

Рекомендации могут носить рекомендательный характер или строиться на высоком риске ухудшения состояния. Данные факторы необходимо учитывать в работе, строить свою беседу с женщиной, зная (придерживаясь) официальной позиции врачей.

При этом проведение встречи с женщиной должно проходить без присутствия третьих лиц (врачей и медицинского персонала)! Давление, оказываемое врачами, не позволит установить контакте с женщиной, не будет способствовать открытости и откровенности.

Специалист прямо говорит, кто он и какую организацию представляет, из-за какой проблемы специалист пришел (пример откровенности в отношении целей вмешательства службы). Начинать встречу лучше всего с ее причины – с отказа от медицинской помощи (сложной жизненной ситуации). Выбор отвлеченных, «легких» тем выглядит неискренним, вызывает недоверие, подозрения, впечатление о том, что разговор «несерьезный».

Для работы выделены 4 основные мотива, которые может иметь женщина.

Психологическое состояние матери или психическое заболевание / Пережитый стресс или кризисная ситуация

Женщина находится в стрессовом состоянии, как правило, не в полной мере осознает происходящее, имеет туннельное мышление. Женщина не может в полной мере осознать последствия отказа от медицинской помощи. Женщина может находиться в нестабильном психологическом состоянии (слезы, агрессия). Сообщение о наличии патологии может стать стрессом для женщины.

Давление со стороны родственников, супруга, других других значимых близких

Отказ от госпитализации под действием давления (угроз, ультиматумов). Женщина, как правило, проговаривает отказ словами супруга или родителей/ родственников. «Супруг считает, что мы справимся сами», «Родители говорят, что в этом нет необходимости».

Факт патологии и заболевания женщиной не принят, стадия отрицания

Как правило, женщина отрицает слова врачей, приуменьшает проблему. Женщина может произносить такие фразы: «Врачи постоянно перестраховываются», «С ребенком все в порядке, я не понимаю, зачем они наговаривают».

Жизненный багаж (знания, умения, навыки, убеждения)

Женщина может ссылаться на неприятный опыт лечения в прошлом, считать, что с данной ситуацией она справиться сама. «Это у меня уже 5 ребенок, я лучше знаю, что ему нужно», «Ой, такое было и с другим ребенком, все нормально, сейчас жив и счастлив», «Знаю я эти больницы, там только больше заразы подхватишь, мы и дома сможем сами лечиться».

6. СУПЕРВИЗИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЖЕНЩИНАМИ ГРУППЫ РИСКА В СИТУАЦИИ КРИЗИСА

Зачем нужна супервизия?

Специалист социальной сферы постоянно имеет дело с тяжелыми ситуациями, в которых находятся взрослые, дети, семьи. В его каждодневнвые обязанности входит принятие ответственных решений, которые влияют на людские судьбы. Поэтому ему необходима возможность обсудить возникающие трудности с коллегами, получить от них поддержку и помощь.

Зачастую, чем серьезней ситуация, тем быстрее специалист хочет её разрешить, помочь всем нуждающимся – одним словом, начать активно действовать. Однако, именно в этот момент необходимо остановиться и позволить себе углубиться в происходящее.

Супервизия – это время и пространство для обдумывания, обсуждения, осмысления трудных случаев из профессиональной практики.

Слово «супервизия» происходит от слова supervidere – обозревать сверху. Это процесс обмена мнениями специалистов по поводу отдельного конкретного случая из практики.

Супервизия – это интервенции (вмешательство), осуществляемые более опытными профессионалами по отношению к менее опытным. Такие отношения имеют определенную временную протяженность, предполагают оценку и ставят своей целью улучшение профессионального функционирования, а кроме того, подразумевают мониторинг качества профессионального обслуживания клиента.

Роль супервизии в практике специалиста можно сравнить с ролью общения в повседневной жизни. Так же, как в любом социуме общение есть жизненно важная потребность субъекта, так же и в профессиональной среде общение по интересам есть безусловная необходимость для специалиста любой области знаний независимо от уровня его подготовки. Профессиональная коммуникация, как таковая включает в себя такие аспекты, как:

1) обмен знаниями, умениями, навыками;

2) творческая дискуссия по специальной тематике с целью освоения и производства нового знания;

3) дружеское сотрудничество на основе профессиональной солидарности.

Супервизия отличается от спонтанного разговора о клиенте и трудностях работы с ним тем, что, как правило, имеет некоторый план, структуру, в рамках которой осуществляется супервизия.

Супервизия существует в нескольких форматах: индивидуальная и групповая.

Индивидуальная проходит в форме заочной супервизии, то есть специалист приносит клиентский случай, и описывает возникшие затруднения. Супервизор задает наводящие вопросы, комментирует, предлагает обратить внимание на те или иные варианты, может поделиться своим опытом.

Групповая может быть как заочная, так и очная, то есть, кто-то из коллег формирует клиентский запрос и работа идет в кругу, прямо здесь и сейчас.

Нежелательно присутствие на супервизии лиц, в рамках своего функционала осуществляющих контроль за деятельностью участвующих в ней специалистов. В противном случае участники чувствуют себя небезопасно, не могут откровенно говорить о своих чувствах и трудностях – и смысл супервизии утрачивается.

Этапы супервизии:

1 этап: Представление случая (рассказ, формирование запроса).

2 этап: Уточняющий: 10 - 15 минут (задаются вопросы, чтобы лучше узнать о запросе).

3 этап: Эмоциональный: 7 – 10 минут (члены группы делятся эмоциями после услышанной ситуации и запроса).

4 этап: Когнитивный (участники говорят о своем видении, как оценивают ситуацию в целом, запрос).

5 этап: Рекомендательный: 10 - 15 минут (желательно что бы каждый участник высказал рекомендации по запросу).

6 этап: Итоговый: (человек, который рассказывал про запрос, дает отдачу группе, что возьмет в работу, что было полезно).

Функции супервизии:

- эмоциональная поддержка специалистов;
- профилактика эмоционального выгорания;
- улучшение качества работы;
- профессиональное обучение, обмен опытом;
- сплочение сотрудников, формирование команды;
- преодоление текучки кадров.

Практически во всех организациях проводятся консилиумы, на которых тоже обсуждаются трудные случаи. Консилиум и супервизия – это разные вещи?

Групповая супервизия отличается от консилиума, в задачи которого входит выработка согласованного общего плана действий по случаю и обозначение конкретных действий специалистов в оговоренные сроки. На супервизии главное – погрузиться в случай, прожить его так, чтобы появилось новое его чувствование, видение, понимание, а значит – и варианты решения турдностей.

Консилиум по случаю, обсуждаемому на супервизии, проводится не раньше, чем на следующий день после неё: необходимо время для ассимиляции специалистом работы по случаю (случай должен как бы «отстояться» внутри специалиста).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении отметим, что психологическое сопровождение беременных женщин является хоть и относительно новым направлением, но развивается достаточно активно.

До недавнего времени беременные женщины находились исключительно под наблюдением медицинских работников, целью которых является наблюдение и поддержание физического здоровья матери и ребенка. Данный этап жизни женщины стал настолько поглощен медициной, что психоэмоциональная сторона беременности, и пренатальное общение с ребенком давно перестало быть определяющим. Роды, в некотором смысле, стали схожи с операцией, осуществляемой исключительно в стационарных условиях, а беременность под систематичным наблюдением врача и контролем медицинских анализов – это подготовка к ней.

На сегодняшний день, перинатальная психология, являясь одной из относительно новых и еще недостаточно теоретически оформленных отраслей психологии, тем не менее, интенсивно развивается практически в виде психокоррекционных и просветительских программ для беременных женщин, рожениц, их семей.

Знания о кризисном консультировании и умение их применять необходимы не только психологам в их работе, но и специалистам других помогающих профессий – специалистам по социальной работе, юристам.