

Министерство здравоохранения Свердловской области
ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б. Н. Ельцина»

Научно-методический образовательный центр
по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям,
находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья
матери и ребенка по Свердловской области

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ

*Для руководителей и врачей, клинических психологов,
психологов сферы родовспоможения, специалистов
по социальной работе и юристов перинатальных центров*

Екатеринбург, 2018

УДК 618.2
ББК 57.16
И96

Авторы-составители:

Ицкович М.М. – канд. психол. наук., доцент кафедры коррекционной педагогики и психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

Ярославцева Т.Г. – врач-психотерапевт, действительный член ППД, руководитель Центра Кризисной беременности ЕКПЦ.

Сафаргалина Л.С. – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области.

Попова А.А. – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области.

Внешние рецензенты:

Зильбер Н.А. – главный специалист отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области.

Перцель М.Г. – психотерапевт, главный врач Свердловской области клинки неврозов «Сосновый бор», главный внештатный психотерапевт Свердловской области.

Внутренние рецензенты:

Макарова А.Д. – клинический психолог, руководитель Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области,

И96 Методические аспекты организации психологической работы в перинатальных центрах : методическое пособие / авт.-сост. М.М. Ицкович, Т.Г. Ярославцева, Л.С. Сафаргалина, А.А. Попова. – Екатеринбург: Издательский Дом «Ажур», 2018. 68 с.

ISBN 978-5-91256-409-3

Настоящее методическое пособие создано для руководителей и врачей, клинических психологов, психологов сферы родовспоможения, специалистов по социальной работе и юристов Перинатальных Центров.

Целью данного руководства является методическая помощь в создании эффективной психологической работы в Перинатальном Центре. В содержании методического пособия авторы акцентируют внимание на специфике разных видов деятельности: кризисное консультирование, знание особенностей перинатальной психологии, умение организовывать свою работу, используя навыки межведомственного взаимодействия.

В создании данного пособия использовались действующие нормативные акты, а также практические разработки авторов данного руководства.

УДК 618.2
ББК 57.16

ISBN 978-5-91256-409-3

© Ицкович М. М., Ярославцева Т.Г.,
Сафаргалина Л.С., Попова А.А., 2018.

Содержание

Введение	4
1. Организационная структура деятельности перинатального центра	5
1.1. Понятие «Перинатальный Центр»	5
1.2. Задачи, которые решает ПЦ	5
1.3. Рекомендуемая структура ПЦ	7
1.4. Категории женщин-пациенток ПЦ	9
2. Организация психологической работы в ПЦ	10
2.1. Основные принципы и формы организации работы психолога ПЦ	10
2.2. Категории пациенток ПЦ, нуждающихся в психологической помощи	13
2.3. Кризисная помощь и кризисное консультирование	17
2.4. Цели и задачи, стоящие перед специалистом-психологом в структурных подразделениях ПЦ	26
2.5. Психопрофилактическая работа в ПЦ	35
2.6. Работа с сотрудниками	37
2.7. Межведомственное взаимодействие. Участие в областном акушерском консилиуме	40
2.8. Центр Кризисной Беременности	43
Заключение	45
Список литературы	46

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Форма отчетности для психологов перинатальных центров, предоставляемая в НМОЦ МЗ СО	48
Приложение 2. Ежедневный журнал работы психолога в ПЦ	52
Приложение 3. Бланк беседы с женщиной, направленной на ОАК	53
Приложение 4. Протокол беседы с женщиной, направленной на областной акушерский консилиум	54
Приложение 5. Бланк консультации медицинского психолога	56
Приложение 6. Приложения к приказу Минздрава РФ от 01.11.2012 № 572-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»	57
Приложение 7. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи	63
Приложение 8. Показания для направления женщины к психологу в разных подразделениях ПЦ	65

Введение

Поддержка материнства и детства, оказание качественной и доступной помощи в системе родовспоможения является одной из приоритетных задач российского здравоохранения. Создание во многих городах перинатальных центров стало важным шагом в вопросе организации комплексной, высокотехнологичной помощи беременным, родильницам и новорожденным.

Большинство нормативных актов, регламентирующих работу ПЦ, рекомендуют включение в штат специалистов перинатального центра психологов (клинических психологов), психотерапевтов. Действительно, одним из базовых современных подходов в медицине является биопсихосоциальный, учитывающий не только анатомо-физиологические особенности пациента, но и его психологию, и социальные факторы, влияющие на формирование и развитие болезненного состояния. Психология репродуктивной сферы, перинатальная психология – очень «молодые» направления клинической психологии, появившиеся только в конце прошлого века и находящиеся на стадии формирования. Недостаточное количество накопленного опыта, отсутствие единого четкого ответа на вопрос «Чем должен заниматься психолог в системе родовспоможения, в ПЦ?» нередко приводит к обоюдной растерянности как самих психологов, не знающих, как организовать свою работу, так и руководителей ЛПУ, не очень представляющих, для чего нужен психолог в ПЦ.

Нередко такая ситуация приводит к неэффективной деятельности, возможно, грамотного специалиста и взаимному разочарованию. Вместе с тем, уже накапливается опыт организации психологической работы в ПЦ, показывающей нужность и важность данной деятельности, как неотъемлемой части комплексной помощи беременным и родильницам, особенно групп повышенного риска. Данное методическое пособие разработано на основе опыта работы специалистов психологов, психотерапевтов в структуре ПЦ и предназначено для руководителей и специалистов, заинтересованных в организации эффективной психологической работы в различных подразделениях ПЦ.

1. Организационная структура деятельности перинатального центра

1.1. Понятие «Перинатальный Центр»

Перинатальный Центр – самостоятельная медицинская организация (или структурное подразделение в составе медицинской организации), оказывающая высокотехнологическую специализированную помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденным детям, а также гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции. Вопросы организации деятельности Перинатальных Центров регламентируется приказом МЗ РФ № 572-н от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

1.2. Задачи, которые решает ПЦ

Согласно приказу №572-н Центр осуществляет следующие функции:

1. Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, требующих осуществления медицинской помощи в стационарных условиях, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

2. Организует и проводит перинатальные консилиумы врачей для определения тактики ведения беременности и родов у женщин с осложненным течением беременности, в том числе при выявлении хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;

3. Осуществляет взаимодействие между медицинскими организациями; проводит оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное

оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

4. Оказывает дистанционные виды консультативной помощи на основе использования современных информационных технологий при возникновении критических или других ситуаций, требующих разрешения в акушерстве, гинекологии, анестезиологии-реаниматологии, неонатологии, организует экстренную и неотложную медицинскую помощь женщинам и детям, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;

5. Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;

6. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, выдает листки нетрудоспособности;

7. Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь;

8. Апробирует и внедряет в деятельность медицинских организаций современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

9. Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича);

10. Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста;

11. Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка;

12. Осуществляет статистический мониторинг и анализ материнской, перинатальной, младенческой смертности, разрабатывает предложения по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;

13. Обеспечивает организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны и укрепления репродуктивного здоровья и позитивного отношения к материнству.

1.3. Рекомендуемая структура ПЦ

В соответствии с приказом приказ №572-н от 01.11.2012 в структуру ПЦ могут входить следующие структурные подразделения:

1. Консультативно-диагностическое отделение (поликлиника):

- Женская консультация:
 - консультативные кабинеты врачей-акушеров-гинекологов, в том числе кабинет невынашивания беременности и кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции;
 - кабинет врача-гинеколога детского и подросткового возраста;
 - кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога;
 - процедурный кабинет;
 - малая операционная;
- Отделение функциональной диагностики;
- Отделение вспомогательных репродуктивных технологий;
- Отделение охраны репродуктивного здоровья;
- Физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- Кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией;
 - Амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации;
 - Кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам;
 - Кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам;
 - Стоматологический кабинет;

- Дневной стационар на 10 – 15 коек (для иногородних больных организуется пансионат);

- медико-генетическая консультация.

2. Приемное отделение

3. Акушерский стационар:

- Отделение патологии беременности;

- Родовое отделение (индивидуальные родовые) с операционными;

- Отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения;

- Акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка;

- Акушерское наблюдательное отделение;

- Отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции;

- Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

4. Неонатологический стационар:

- Отделения новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений;

- отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

- отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания);

- отделение хирургии новорожденных;

- дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами;

5. Гинекологическое отделение с операционными;

6. Клинико-диагностическое отделение;

7. Отделение лучевой и магнитно-резонансной диагностики;

8. Организационно-методический отдел;

9. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами.

1.4. Категории женщин-пациенток ПЦ

Структурная организация и высокие технологии работы перинатального центра направлены на оказание специализированной помощи в первую очередь пациенткам групп повышенного риска.

Различают группы перинатального риска со стороны плода и группы беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией. Принадлежность к группе риска и степень его определяется при взятии женщины на учет и уточняются в 28-30 и 36-38 недель беременности, когда дорабатывается план ведения беременности и родов. Каждый фактор риска оценивают в баллах, суммируя их, устанавливают степень риска. Различают высокую (10 баллов и выше), среднюю (5-9 баллов) и низкую (до 4 баллов) степени риска.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.10.2017 года № 1717-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» в перинатальные центры направляются беременные, роженицы и родильницы со средней и высокой степенями риска:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (несовершеннолетние, женщины, страдающие привычным невынашиванием, имеющими в прошлом случаи перинатальной смерти, рождение детей с низкой массой тела врожденными пороками развития и др.);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, неправильное положение плода, плацентарные нарушения, многоплодие, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков и др.);

г) с выявленной патологией развития плода.

Когда беременная женщина или родильница сталкивается с такими ситуациями, ее тревога и напряжение нарастает. К соматическому и акушерскому состоянию могут присоединяться невротические реакции, расстройства адаптации. Для стабилизации эмоционального состояния такие пациентки особенно нуждаются в специализированной психологической помощи.

2. Организация психологической работы в ПЦ

2.1. Основные принципы и формы организации работы психолога ПЦ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572-н в структуре ПЦ предусматривается организация медико-психологической помощи, которая может осуществляться **в следующих формах:**

1. Работа психотерапевта, медицинского психолога (психолога) в качестве самостоятельного штатного специалиста в составе структурных подразделений ПЦ.

В этом случае профессиональные задачи ограничиваются преимущественно вопросами оказания консультативной и психокоррекционной помощи.

– В структуре **женских консультаций** предусматривается кабинет врача-психотерапевта и медицинского психолога, а также кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам. Штатные нормативы предполагают 1 должность врача-психотерапевта на 10 должностей врачей-специалистов, ведущих приём и 1 должность медицинского психолога (психолога);

– В **родильном доме (отделении)** рекомендуется введение ставки медицинского психолога (психолога) в соответствии: 1 должность на 80 коек и более;

– Структура **перинатального центра** предусматривает наличие кабинета (зала) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам и кабинетов медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам;

– В рекомендуемые штатные **нормативы отделения охраны репродуктивного здоровья** перинатального центра входит врач-психотерапевт (не менее 1 должности);

– При наличии **детского отделения** предполагается 1 должность медицинского психолога (психолога) на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием детей раннего возраста.

Работа медицинского психолога регламентируется должностными инструкциями согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 г. № 541-н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 № 18247).

2. Организация в структуре ПЦ Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (ЦКБ). В этом случае работа психотерапевта, психолога осуществляется в составе междисциплинарной команды специалистов (в т.ч. юрист, специалист по социальной работе и др.), что позволяет оказывать комплексную медико-социальную и организационно-методическую помощь (см. раздел 3.8).

Для организации деятельности медицинского психолога и других специалистов Центра можно рекомендовать Положения об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, участвующих в оказании психотерапевтической помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» (см.прил.№7).

Независимо от формы организации деятельности, работа психолога перинатального центра имеет свою специфику, связанную как с психологическими особенностями пациенток, так и со структурой и принципами работы медицинской организации.

Для эффективной деятельности в условиях перинатального центра, психотерапевт/медицинский психолог должен иметь высшее профессиональное образование по медицинской психологии и желательно дополнительную переподготовку по перинатальной психологии, а также обладать следующими компетенциями:

а) Владеть *теоретическими и практическими знаниями* в области медицинской психологии (патопсихологии, психологии личности, психогигиены, психодиагностики, психопрофилактики); методов психологического консультирования; методов активного обучения, социально-психологического тренинга общения; деонтологии; психологии профессионального общения.

б) Владеть *дополнительными знаниями и умениями* в области перинатальной психологии (основы психологии беременности, родов, раннего постнатального периода, психологическая помощь при перинатальных потерях и рождении тяжелобольного ребенка, закономерности развития диады «мать-дитя», от момента зачатия до исполнения ребенку трех лет, сопровождение процесса рождения и развития младенца, ранняя профилактика детских нервно-психических расстройств, и др.).

с) Владеть *специальными знаниями и навыками* оказания помощи при острых состояниях и навыками кризисного консультирования, ориентированными на краткосрочные виды деятельности.

д) Уметь составлять индивидуальные программы совместного ведения, в которых конкретизируются объем и план обследования, определяется необходимое вмешательство (психодиагностическое, психотерапевтическое, психокоррекционное, реабилитационное и психопрофилактическое мероприятия), в том числе с привлечением других методов терапии и консультантов.

е) Уметь взаимодействовать с врачами (акушерами-гинекологами, неонатологами, генетиками, психиатрами и пр.), а также социальными и юридическими службами, общественными организациями и др.

ф) Необходимость «вести», сопровождать женщину, начиная с постановки её на учёт в женской консультации или с этапа планирования беременности и до наступления возраста ребёнком 1 года и даже больше. Психолог осуществляет *преемственность* работы на всех этапах развития материнско-детского взаимодействия (в разных отделениях ПЦ).

Основные виды психологической деятельности, осуществляемой клиническими психологами в ПЦ:

- а) Психологическое консультирование,
- б) Психологическая диагностика,
- с) Психологическая коррекция,
- д) Психологическая профилактика,
- е) Психологическое просвещение,
- ф) Психологическое сопровождение.

Формы отчетности

Медицинский психолог ведет журнал приема пациентов (см. прил. № 2), журнал отказов от новорожденного ребенка, журнал методической работы, а также делает записи в историю пациентки о проводимых мероприятиях с беременной, роженицей, родильницей, а в детском отделении запись осуществляется на отдельном консультативном бланке, который может вкладываться в историю ребенка.

При необходимости заполняются листы маршрутизации к узким специалистам (психиатр/психотерапевт, невролог, нарколог и др.), в другие учреждения (НКО, социальную защиту/опеку и др.), которые могут дополняться сопроводительными письмами (см. прил. №5). Если у женщины есть медико-социально-психологические риски, информация по ней передается в учреждения разных ведомств.

Ежемесячно о деятельности медицинского психолога ПЦ/Центра кризисной беременности оформляется отчетность установленного образца (см. прил. №1).

2.2. Категории пациенток ПЦ, нуждающихся в психологической помощи

Общеизвестно, насколько облегчается протекание беременности, снижается риск возникновения различных патологических состояний и, – соответственно, – увеличивается число здоровых новорожденных, если женщина спокойна, эмоционально настроена на благополучное материнство, чувствует поддержку медиков и близких людей.

Многие пациентки перинатального центра (около 70% из них – женщины групп среднего и высокого акушерского рисков) испытывают состояние повышенного нервного напряжения, связанного с хронической стрессовой ситуацией (осложнения беременности, экстрагенитальная патология и др.), психологическими травмами, случившимися в прошлом, но связанными с репродуктивной темой и актуализирующимися в настоящую беременность. Некоторые семьи оказываются в ситуации острого стресса, столкнувшись с перинатальными утратами, рождением ребенка с ВПР и генетическими заболеваниями и др.

Мамы недоношенных детей часто испытывают состояние длительного стресса в условиях дефицита ресурсов, что повышает риски дезадаптации и формирования депрессии.

Пары, страдающие нарушением репродуктивной сферы (в том числе решающие проблему бесплодия с помощью ВРТ) нередко демонстрируют высокую тревожность, признаки эмоциональной нестабильности, напряжение отношений в паре.

Особой категорией пациенток акушеров-гинекологов перинатального центра являются женщины повышенного социального риска (страдающие зависимостями, ментальными нарушениями, находящимися в условиях домашнего насилия и др.). Именно наличие социальных рисков часто и приводит их в группу пациенток среднего и высокого акушерского и перинатального риска, повышая вероятность возникновения ситуаций репродуктивного выбора, неадекватного ухода за ребенком, инфантицида, аутоагрессивного и суицидального поведения.

Учитывая особенности не только психологического, но и психического состояния пациенток, важность своевременной адекватной его оценки и умения выстраивать последующие действия, направленные на предотвращение риска дезадаптации, важными компетенциями психологов ПЦ являются подготовка в области кризисного консультирования, знакомство с проявлениями реакций на острый и хронический стресс, владение навыками помощи в этих ситуациях.

Эффективному специалисту важно ориентироваться в таких понятиях, как: *стресс* (острый и хронический), *кризис*, *экстремальная ситуация*, *адаптация*, *дезадаптация*, которые мы опишем ниже.

Стресс (от англ. *Stress* – нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) – совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов – стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (*эустресс*) и отрицательную (*дистресс*) формы стресса, а также *стресс острый и хронический*. Острая форма возникает по причине сильного и одновременного воздействия какого-либо фактора

высокой степени интенсивности: потрясения, шока. Хронический стресс или стресс постоянный, в отличие от острого, имеет длительный период воздействия негативных факторов. Развитию хронического стресса способствуют ситуации, которые не позволяют человеку отдохнуть и уйти от проблем.

Кризис (от греч. *Krisis* – решение, поворотный пункт, исход) – состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование индивида в рамках прежней модели поведения, даже если она целиком устраивала данного индивида. Ситуация, в которой от человека для успешной адаптации требуется изменение привычных действий, рассуждений, реакций.

Пациентки могут испытывать несколько кризисов одновременно, при их наложении друг на друга увеличивается вероятность психологической дезадаптации, особенно когда все силы и ресурсы человека исчерпаны и становится сложно справиться без привлечения внешних ресурсов.

Психологические кризисы можно разделить на *нормативные* (кризисы развития) и *ненормативные*.

К нормативным относятся возрастные кризисы (переход на другую стадию жизненного цикла), кризисы профессионального развития и кризисы семейной системы, в том числе и беременность.

Ненормативные кризисы спровоцированы внешними причинами. Их можно разделить на *травматические кризисы* и *кризисы адаптации*, различающиеся по силе внешних воздействий. Травматические кризисы наиболее сильные, вызываются чрезвычайными и/или экстремальными ситуациями (террористические акты, катастрофы, насилие, военные действия, внезапная гибель близких и др.). Кризисы адаптации присутствуют в жизненном цикле любого человека (предсказуемые потери близких, болезни, потери работы, переезды, разводы и т.д.), вызываются они резким изменением внешних и внутренних условий жизни человека, нарушая чувство стабильности и безопасности, повышая тревожность.

Экстремальная ситуация (от лат. *Extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

Человек, столкнувшийся с экстремальной ситуацией максимально нуждается в оперативной квалифицированной помощи с целью адаптации.

***Психологическая адаптация** – способность человека (группы людей) меняться, приспосабливаясь к требованиям, условиям обстоятельств и окружающей среды. Сложность (а порой и невозможность) адаптироваться называется **дезадаптацией**.*

Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии женщины, предъявляющий особые требования к ее внутренним психологическим ресурсам и несущий в себе как потенциальные возможности, так и опасность. Психическая адаптивность беременной определяется способностью адекватно проявлять свои эмоции, регулировать свое поведение, приспосабливаясь к условиям кризисной ситуации.

Состояние эмоционального напряжения с наличием тревожности различной степени выраженности наблюдается у 40-50% женщин с нормально протекающей беременностью. Оно усугубляется при появлении дополнительных психотравмирующих факторов, таких как возникновение осложнений беременности, требующих госпитализации, выявление врожденных пороков развития плода, угроза преждевременных родов и преждевременный разрыв плодных оболочек, воспоминания о неблагоприятных в прошлом беременностях и родах и др.

Виды реакций на столкновение с кризисной, экстремальной или трудной жизненной ситуацией сугубо индивидуальны и зависят от особенностей личности. При неблагоприятных обстоятельствах и/или несвоевременном оказании психологической помощи адаптационный период может быть более длительным, возможно развитие острых аффективных реакций и переход в болезненное состояние.

Согласно МКБ-10 исключительные неблагоприятные события в жизни, ведущие к продолжительным неприятным обстоятельствам, могут вызывать *острую реакцию на стресс (F43.0), расстройства приспособительных реакций (F43.2), другие и неуточненные реакции на тяжелый стресс (F43.8; F43.9).*

В послеродовом периоде (в течение 6 недель после родов), согласно МКБ-10 выделяют: *легкие психические расстройства и*

расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53.0 – послеродовая депрессия), тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53.1 – послеродовый психоз) и другие расстройства (F53.8, F53.9).

Работа психолога, направленная на выявление, профилактику и коррекцию таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь вовремя, зачастую зависит протекание беременности, родов и послеродового периода.

2.3. Кризисная помощь и кризисное консультирование

Патологии беременности – это заболевания и состояния, которые ставят под угрозу течение беременности или здоровье женщины и развитие плода.

В ряде случаев в ситуации обнаружения экстрагенитального заболевания, представляющего угрозу пролонгирования беременности или угрозу жизни женщины, а также при объявлении о патологии беременности или плода, преждевременных родах будущая мать сталкивается с угрозой жизни и здоровья для самой себя и значимого близкого (ребенка), что позволяет рассматривать такие ситуации как экстремальные события.

В этом случае женщине не всегда легко справиться с возникшими обстоятельствами, что может привести к истощению, переутомлению, вызывая невротические реакции.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
2. Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза – воздействие – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение – эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, чувством вины, признанием собственного бессилия и самобичеванием.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

В связи с этим, в задачи *клинического психолога* входит *оценка* психоэмоционального состояния женщины, и дальнейшая *помощь и сопровождение в переходе* от экстремальной формы в фазу эмоционального отреагирования, после которого психика сможет мобилизоваться и адаптироваться к сложившейся ситуации, т.е. выйти из кризиса.

Воздействие стресса на человека может вызвать следующие состояния:

1) Острая стрессовая реакция (ОСР)

Острая реакция на стресс (F43.0) – это преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора - F44.2) или ажитацией и сверхактивностью (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется

через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов) [21].

Характер реакций на стресс в значительной степени определяется степенью индивидуальной устойчивости и адаптивными способностями личности. И все же представляется возможным выделить некоторые категории пациенток ПЦ, у которых развитие ОСР наиболее вероятно.

Категории пациенток ПЦ:

- Пациентки, узнавшие о необходимости проведения досрочного родоразрешения или изменения способа родоразрешения
- Пациентки, узнавшие о ВПР и хромосомных нарушениях плода
- Пациентки, столкнувшиеся с перинатальными потерями (в т.ч. беременные с антенатальной гибелью плода, ожидающие родоразрешения)
- Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья ребенка
- Пациентки, столкнувшиеся с экстирпацией матки или с внезапным ухудшением собственного здоровья
- Пациентки, внезапно столкнувшиеся с гибелью или смертельной болезнью/инвалидизацией близкого родственника, чрезвычайными ситуациями и др.).

Возможные проявления ОСР:

• Стадия шока (от англ. *Shock* – удар, потрясение) – данная реакция проявляется начальным состоянием «оглушенности», панической тревоги, неспособностью адекватно реагировать на внешние события, дезориентацией – поведение пострадавших беспорядочно, поступки бессмысленны, иногда они могут наносить себе вред.

• *Апатия*: непреодолимая усталость, равнодушное, незаинтересованное отношение к беременности или ребенку, ненадлежащий уход за ребенком, безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами.

• *Агрессия*: раздражение, недовольство, неверие в диагноз, гнев (по любому, даже незначительному поводу), мышечное напряжение, повышение кровяного давления.

• *Истерика*: напряжение мышц (особенно лицевых), учащенное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный

контроль собственного поведения, ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленно), часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы), крики, рыдания.

• *Плач*: человек уже плачет или готов разрыдаться, подрагивают губы, наблюдается ощущение подавленности, в отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

Возможные риски ОСР:

- Отсутствие понимания, происходящего (психологические защиты)
- Повышение конфликтности с персоналом, отказ от госпитализации и выполнения медицинских рекомендаций
- Нарушения адаптации
- Обострение уже имеющегося психического заболевания (признаками могут служить бред и галлюцинации)
- Вероятность причинения вреда себе, ребенку или другим
- Развитие депрессивных и аутодеструктивных состояний, включая суицидальные намерения.

Алгоритм действия:

В данном случае **работа психолога** будет направлена на:

- Оценку тяжести состояния, способности адекватно оценивать и контролировать свои действия (клиническая оценка состояния человека, клиническое интервью)
- Снижение остроты реакций за счет эмоционального отреагирования (техники релаксации, дыхательные техники, эмпатическое слушание)
- Помощь в возвращении самоконтроля в сложившейся ситуации, поиск в обретении ресурсов (КПТ, нарративные техники, техники телесной терапии)
- Совместная разработка плана действий в кризисной ситуации
- Формирование приверженности к лечению (озвучивание рисков)
- Информирование о возможности получить помощь в других организациях / Заключение контракта на дальнейшее сопровождение
- Профилактику отказа от ребенка в состоянии эмоциональной нестабильности

- Профилактику суицидальных тенденций
- Своевременную маршрутизацию пациентки к специалисту психиатрического профиля в случае выявления рисков.

Если психологическая помощь оказывается своевременно, острые реакции ослабевают. Возможно также самоугасание этих реакций. Однако, если они сохраняются дольше трех дней, мы можем говорить о том, что у пациентки вероятно расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации).

2) Расстройство адаптации (РА)

Расстройство приспособительных реакций (F43.2) – это состояние субъективного дистресса и эмоциональных расстройств, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (тяжелая утрата, разлука) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (приобретение статуса родителей, неудача в достижении заветной личной цели, длительная госпитализация) [21].

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

Сложности с адаптацией чаще возникает у акцентуированных, психопатических и невротизированных личностей, что проявляется в изменениях эмоциональной и мыслительной сфер, а затем и поведения.

Категории пациенток ПЦ:

- *Беременные сотягощенным акушерским анамнезом (выкидыши, аборт, преждевременные роды, перинатальные потери)*
- *Пациентки ожидающие (в состоянии беременности) или ухаживающие (послеродовый период) за ребенком с ВПР или хромосомными нарушениями*
 - *Пациентки, высказывающие намерение отказаться от ребенка*
 - *Пациентки, испытывающие постоянную тревогу или страхи перед родами (включая плановое досрочное родоразрешение и его способ)*

- Пациентки, стоящие перед репродуктивным выбором (в т.ч и на позднем сроке – Областной акушерский консилиум)
- Пациентки, оказавшиеся в палатах отдельного пребывания матери и ребенка в виду состояния здоровья новорожденного или родильницы
- Пациентки, пребывающие в стационаре длительное время (как в акушерском стационаре, так и на втором этапе выхаживания недоношенных детей)
- Пациентки, перенесшие воздействие сильных стрессов во время беременности (развод, гибель или заболевания/инвалидность супруга или других членов семьи, чрезвычайные ситуации и др.).

Возможные проявления РА:

- Ухудшение и неустойчивость настроения, склонность к аффективным (депрессивным) реакциям, раздражительность, обидчивость, плаксивость, тревожность и прочее
- Склонность к искаженному истолковыванию 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
- Ухудшение соматического состояния, психосоматические реакции
- Оказание ненадлежащего ухода за ребенком.

Возможные риски РА:

- Обострение или манифестация психических заболеваний или невротических расстройств (включая депрессию, фобии, панические атаки, навязчивости и пр.)
- Причинение вреда себе или ребенку
- Эмоциональное неблагоприятное протекания беременности, родов и/или послеродового периода (проявления: сниженный эмоциональный фон, тревога, снижение качества жизни, повышение риска психосоматических нарушений)

- Неэффективные взаимоотношения пациентки 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.

Алгоритм действия:

В данном случае **работа психолога** будет направлена на:

- Оценку актуального психоэмоционального состояния (клиническое интервью, опросники на тревогу и депрессию (Зунг, Бехтерев и др.), личностные особенности, тест отношений беременной или родильницы (И.В. Добряков), проективные методики (рисуночные, тестовые)

- Выявление и своевременную маршрутизацию пациентки 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 ВПР и хромосомными нарушениями

- Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины

- Профилактику отказов от новорожденных.

3) Социально-уязвимые группы

Социальная уязвимость рассматривается как следствие невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих потребностей для каждой личности индивидуальна, зависит от самосознания (самооценки), системы жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций.

К социально-уязвимой группе относятся женщины, находящиеся в трудной жизненной ситуации (болезнь, инвалидность, утрата способности к самообслуживанию, сиротство, безнадзорность, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, смерть кормильца, либо значимого человека в жизни женщины и т.д.).

В общественной и международной практике ТЖС означает переживания человека, оказавшегося в положении, которое серьезно сказывается на его благополучии, безопасности и из которого он не всегда способен выйти самостоятельно. В этом случае требуется помощь государства, общества. В некоторых случаях людям удается справиться с трудной жизненной ситуацией, мобилизуясь и выходя из нее, перестраивая свое мировоззрение и систему ценностей и адаптируясь к условиям жизни. Тогда можно говорить, что, продолжая оставаться в трудной жизненной ситуации, человеку удалось избежать кризиса. В противном случае трудная жизненная ситуация становится «кризисной».

В данной группе помимо социальных часто встречаются значительные психологические и психопатологические проблемы. Следует, однако, отметить, что граница между этими двумя группами нерезкая. Во всех случаях крайне необходимым является консультация юриста, помощь социальных служб, психологов, а иногда и психиатров.

Категории пациенток ПЦ:

- *Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/психиатрических диагнозов*
- *Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода*
- *Несовершеннолетние пациентки*
- *Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов)*
- *Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами)*
- *Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)*
- *Женщины – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия.*

Если на приеме врачу становится известно о том, что пациентка находится в трудной жизненной ситуации, то рекомендуется направить женщину в центр кризисной беременности.

Возможные риски СУ:

- Отказ от ребенка
- Жестокое обращение в отношении ребенка (оставление в опасной ситуации, ненадлежащий уход, неудовлетворение потребностей ребенка, акты физической и эмоциональной агрессии и др.)
 - Отсутствие медицинских обследований, нерегулярное наблюдение, невыполнение рекомендаций врача по беременности, по уходу за ребенком в первый год жизни
 - Причинение вреда себе, ребенку и окружающим
 - Суицидальное поведение, инфантицид
 - Девиантное поведение
 - Виктимность (феномен жертвы)
 - Нарушение адаптации
 - Социальное неблагополучие.

Алгоритм действия

Работа психолога направлена на:

- Выявление запроса пациентки и организацию медико-психологического сопровождения (своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др.)
- Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии)
- Профилактику социального сиротства и неблагополучия
- Мобилизацию внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях.

Безусловно, ситуация каждой женщины, попадающей в ПЦ уникальна. Среди факторов, которые оказывают влияние на самочувствие беременной и женщины в послеродовом периоде, не только сугубо медицинские, но также и социально-психологические, в связи с чем, сопровождение пациенток должно предполагать комплексный медико-социально-психологический подход. В связи с чем, рекомендуется направлять женщин в центр кризисной беременности при обнаружении *хотя бы одного* из проявлений состояний, описанных выше (см. прил. № 8).

2.4. Цели и задачи, стоящие перед специалистом-психологом в структурных подразделениях ПЦ

Поликлиника

(консультативно-диагностическое отделение)

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
1. Женщины в ситуации репродуктивного выбора (<i>прерывание беременности по желанию женщины до 12 недель</i>)	1. Диагностика с целью оценки социального статуса женщины, определение «истинных мотивов» выбора. 2. Консультирование с целью расширения видения возникших в жизни проблем женщины, рассмотрения альтернативных (не путем аборта) способов решения. 3. Заключение контракта на социально-психологическое сопровождение при смене решения	1. Снижение количества абортов. 2. Профилактика отказов от новорожденных. 3. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом. 4. Своевременное выявление женщин группы риска и их последующее сопровождение
2. Женщины, направленные на Областной Акушерский Консилиум (ОАК)	1. Проведение ориентировочной беседы с целью: снижения ситуативной тревоги и нормализации эмоционального фона пациентки; <ul style="list-style-type: none"> • Информирование о том, как проходит ОАК; • Формирование настроения женщины на конструктивное взаимодействие с членами консилиума; • Оказание поддержки и формирование ответственности за любое 	1. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом. 2. Профилактика конфликтности 3. Формирование приверженности к лечению. 4. Выявление рисков развития нервно-психических нарушений у пациенток. 5. Своевременная организация социально-психологического сопровождения. 6. Профилактика отказов от ребенка

	<p>решение, которое будет принято женщиной.</p> <p>2. Заполнение протокола для членов консилиума, который помогает врачам индивидуализировать стиль взаимодействия с пациенткой, подобрать нужную тактику в беседе с женщиной.</p> <p>3. Формулирование рекомендаций при необходимости по социально-психологическому сопровождению по месту жительства</p>	
<p>3. Женщины, имеющие признаки нарушения психологической адаптации (<i>повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему, затяжные приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.</i>).</p>	<p>1. Оценка состояния и при необходимости – маршрутизация к психиатру/неврологу или др. специалистам.</p> <p>2. Психологическая помощь с целью стабилизации эмоционального состояния.</p> <p>3. Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи.</p> <p>4. Заключение контракта на психологическое сопровождение.</p> <p>5. Составление индивидуальной психокоррекционной программы.</p> <p>6. Осуществление сопровождения во время беременности.</p> <p>7. Контрольная диагностика.</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий).</p> <p>2. Сопровождение с целью стабилизации эмоционального состояния женщины</p> <p>3. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины.</p> <p>4. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</p> <p>5. Профилактика конфликтности.</p> <p>6. Снижение количества жалоб пациентов, относительно всего лечебного процесса.</p>

	8. Окончание или дальнейшая маршрутизация пациентки	7. Снижение психосоматических осложнений в период беременности. 8. Профилактика ятрогенных, психогений и др.
4. Женщины социальной группы риска <i>(Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Несовершеннолетние пациентки, Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов), Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами), Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.))</i>	1. Оценка социально-психологических рисков. 2. Организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи: • С в о е в р е м е н н а я маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др. • Мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. • Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии).	1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Профилактика социального неблагополучия. 3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации. 4. Профилактика отказов от новорожденных. 5. Снижение рисков инфантицида. 6. Профилактика аутодестрuktивного поведения.

<p>5. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка во время беременности</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа. 2. Оценка социально-психологических рисков. 3. Обсуждение с женщиной ее желаний и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье 4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика отказов от новорожденных. 2. Профилактика аутодеструктивного поведения беременной. 3. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины
<p>6. Женщины в остром периоде (до месяца) после перинатальной утраты</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстренная помощь в ситуации острого горя. 2. Оценка состояния и при необходимости – маршрутизация к психиатру/неврологу или др. специалистам. 3. Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи. 4. Заключение контракта на психологическое сопровождение с целью помощи в принятии потери и адаптации к жизни в такой реальности. 5. Семейное консультирование 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика аутодеструктивного поведения женщины в ситуации острого стресса. 2. Профилактика патологического переживания горя и отдаленных патологических реакций. 3. Профилактика нарушений репродуктивной функции в будущем. 4. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников
<p>7. Женщины и члены семьи, желающие пройти психо-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Информирование женщины (семьи) об этапах беременности, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.

<p>профилактическую подготовку к родам (Школы будущих мам)</p>	<p>родов, после родового периода и ГВ 2. Повышение адаптивных возможностей женщины путем стабилизации психоэмоционального состояния. 3. Освоение навыков саморегуляции и методов самопомощи в родах. 4. Повышение психологической компетентности в области материнства и родительства</p>	<p>2. Активное и заинтересованное участие семьи в лечебном процессе. 3. Профилактика травматизации в родах. 4. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников. 5. Формирование перинатального комплаенса</p>
--	--	--

Родильный дом (Акушерский стационар)

(отделение дородовой госпитализации и патологии беременных, родовое и послеродовое отделение)

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>1. Женщины, имеющие признаки нарушения психологической адаптации <i>(повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему, затяжные приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.)</i></p>	<p>1. Оценка состояния и при необходимости – маршрутизация к психиатру/неврологу. 2. Экстренная психологическая помощь с целью стабилизации эмоционального состояния. 3. Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи (заключение контракта на психологическое сопровождение при переводе в другие отделения/ маршрутизация к</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины. 3. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом. 4. Профилактика конфликтности.</p>

	психологу по месту жительства)	5. Снижение жалоб, относительно всего лечебного процесса. 6. Снижение психосоматических осложнений в период беременности. 7. Профилактика ятрогений, психогений и др.
2. Женщины в ситуации перинатальной утраты. <i>(В том числе пациентки, столкнувшиеся с антенатальной гибелью плода, ожидающие родоразрешения)</i>	1. Экстренная помощь в ситуации острого горя. 2. Информирование женщины (семьи) о дальнейших шагах по процедуре захоронения. 3. Мотивация женщины на последующее психологическое сопровождение. 4. Семейное консультирование	1. Профилактика аутодеструктивного поведения женщины в ситуации острого стресса. 2. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников, вынужденных выстраивать взаимодействие с пациенткой в ситуации утраты
3. Женщины социальной группы риска <i>(Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Несовершеннолетние пациентки, Пациентки с нестабильным материальным положением или</i>	1. Оценка социально-психологических рисков. 2. Организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи. • Своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др. • Мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. • Привлечение род-	1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Профилактика социального неблагополучия. 3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации. 4. Профилактика отказов от новорожденных. 5. Снижение рисков инфантицида. 6. Профилактика аутодеструктивного поведения.

<p><i>отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов), Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами), Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)</i></p>	<p>ственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии)</p>	
<p>4. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа. 2. Оценка социально-психологических рисков. 3. Обсуждение с женщиной ее желания и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье. 4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика отказов от новорожденных. 2. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации 3. Снижение рисков инфантицида
<p>5. Женщины и члены семьи, желающие пройти психопрофилактическую подготовку к родам (экспресс подготовка, партнерские роды, подготовка к ГВ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение уровня тревоги пациентки (партнера). 2. Повышение адаптивных возможностей женщины путем стабилизации психоэмоционального состояния. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом. 2. Активное и заинтересованное участие семьи в лечебном процессе. 3. Профилактика травматизации в родах.

	<p>3. Освоение навыков саморегуляции и методов самопомощи в родах.</p> <p>4. Повышение психологической компетентности в области материнства и родительства</p>	4. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников
--	--	--

Педиатрический стационар

(отделение патологии новорожденных,
отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных)

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>1. Матери, имеющие повышенные психологические риски и/или проявленные признаки нарушения психологической адаптации. (повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему, затяжные приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностика с целью выявления риска развития психопатологических состояний у матерей. • Информационная и профилактическая работа по детско-родительским взаимоотношениям. • Профилактика нарушений привязанности в диаде мать-дитя. • Консультирование по проблемам грудного вскармливания и сцеживания. • Коррекционная работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния в связи с нарушениями здоровья ребенка и помощь в адаптации 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Своевременное выявление матерей, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности матери. 3. Улучшение взаимопонимания между матерью больного ребенка и врачом. 4. Профилактика конфликтов. 5. Снижение жалоб, относительно всего лечебного процесса. 6. Снижение психосоматических осложне-

	<ul style="list-style-type: none"> • матери и семье, осознание необходимости лечения ребенка и выполнение предписаний врача 	<p>ний в послеродовой период.</p> <p>7. Профилактика ятрогений, психогений и др.</p>
<p>2. Женщины социальной группы риска</p> <p><i>(Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов,</i> <i>Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода,</i> <i>Пациентки – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия,</i> <i>Несовершеннолетние пациентки,</i> <i>Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов),</i> <i>Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами),</i> <i>Пациентки с «зависимостью» /с наличием</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка социально-психологических рисков. 2. Организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи. <ul style="list-style-type: none"> • Своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др. • Мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. • Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Профилактика социального неблагополучия. 3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации. 4. Профилактика отказов от новорожденных. 5. Снижение рисков инфантицида. 6. Профилактика аутодеструктивного поведения

социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)		
3. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа. 2. Оценка социально-психологических рисков. 3. Обсуждение с женщиной ее желаний и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье. 4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика отказов от новорожденных. 2. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации 3. Снижение рисков инфантицида

2.5. Психопрофилактическая работа в ПЦ

Под психопрофилактикой (от греч. Prophylaktikos – предохранительный) понимают комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска, а также сохранение, улучшение и укрепление психического здоровья.

Различают первичную, вторичную и третичную психопрофилактику.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний. Она «включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития».

Виды работы перинатального психолога:

- формирование здорового образа жизни у беременных и родильниц, а также членов их семей,
- работа по созданию *перинатального комплаенса* – взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящегося на платформе сотрудничества и партнерства,
- предупреждение развития ятрогений, психологений, дидактогений и гестогений,
- скрининг-диагностика, проводимая с целью выявления среди беременных и родильниц групп риска по нервно-психическим расстройствам,
- дородовая подготовка беременных.

Вторичная психопрофилактика – это система «мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания». Она направлена на так называемую «группу риска», т. е. на тех женщин, у которых уже обозначились проблемы.

Работа перинатального психолога направлена на психологическое индивидуальное или семейное консультирование, коррекцию выявленных нарушений и повышение адаптивных способностей женщины и семьи в сложившейся ситуации.

Третичная психопрофилактика – система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение лечебной и педагогической коррекции и систематическое использование мер реадaptации.

Работа перинатального психолога направлена 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 пациенток с ментальными нарушениями или психиатрическими диагнозами (см. прил. №5).

Психопрофилактика подразумевает работу по предупреждению дезадаптации личности, просветительскую деятельность, создание благоприятного психологического климата в учреждении,

осуществление мероприятий по предупреждению и снятию психологического напряжения не только у пациентов, но и у сотрудников.

2.6. Работа с сотрудниками

Неотъемлемой частью работы клинического психолога в учреждениях здравоохранения является работа с медицинским персоналом, которая носит профилактический, обучающий и просвещающий характер.

Виды работы с сотрудниками:

Повышение психологической грамотности и обучение навыкам коммуникации

В последнее время значительно возросла роль специальных психологических знаний в работе врачей, медицинских сестёр, организаторов здравоохранения, специалистов по социальной работе и социальному обслуживанию больных и лиц с ограниченными возможностями. Базовые психологические знания в сфере профессионального общения и оказания помощи больным уже сегодня являются широко востребованными, так как их повседневное практическое использование неизменно повышает качество оказываемой медицинской и социальной помощи.

По исследованиям профессора психологии Альберта Мейерабиана, на качество обмена информацией при общении людей собственно слова влияют только на 7%. При этом 38% в общении отводится тембру голоса, темпу речи, паузам и 55% – жестам и мимике.

Пациент воспринимает все, что выражает отношение к нему в медицинском учреждении, обостренно болезненно. Он улавливает «тонкие сигналы», а потом видит их через призмы своего «искаженного» восприятия. Очень раздражает пациентов «ветеринарный подход», при котором пациенту слова ничего не дают и ничего не объясняют. Конфликт возможен в том случае, когда специалист не задумывается над целью коммуникации, расценивая общение исключительно как средство достижения лечебных задач.

Безусловно, пациент и его родственники могут вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, могут быть приятны или

неприятны персоналу, но в любом случае *коммуникативная компетентность сотрудников* поможет не только психологически правильно строить отношения с пациентами, но это также единственно возможная форма индивидуальной психологической защиты от эмоционального выгорания персонала, позволяющая оставаться в рамках профессиональной роли.

Поэтому *задачей медицинского психолога* является повышение психологической грамотности персонала, обучение навыкам общения и эффективного взаимодействия с пациентами, налаживание перинатального комплаенса как в формате индивидуальных, так и групповых встреч. В другие виды просветительской деятельности входит также разработка и распространение буклетов, литературы, а также выступления в СМИ и др.

Консультирование по конкретным психологическим ситуациям

Консультации сотрудников по конкретным случаям проводятся как по запросу мед. персонала, так и по решению психолога в случае, если нужно решить вопрос о маршрутизации или привлечении специалистов смежных профилей.

В первом случае, когда запрос на обследование пациентки делает врач (медсестра), психолог проясняет анамнез, субъективное мнение по поводу состояния пациентки и проблем, которые вызывают сложности. Во втором случае, психолог дает обратную связь о состоянии пациентки, рекомендации, на что обратить внимание при выстраивании взаимодействия.

В педиатрической системе взаимодействие протекает по специфичным законам, имеет выраженные особенности, что требует от специалиста совершенно особой компетенции. Здесь формально пациентом выступает ребенок (ОПНиНД, детская реанимация), однако, по сути, коммуникация происходит с взрослым. И в случае отсутствия взаимопонимания между сотрудником и родителем, недоверия взрослого к врачу, не происходит формирования приверженности к лечению и грамотного ухода за ребенком.

Контакты медицинских работников с родителями в детских отделениях, как правило, эмоционально насыщенные, тесные и частые. Правильная тактика общения, коммуникативная компетент-

ность медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологическое равновесие межличностных взаимоотношений медицинский работник – больной ребенок – его родители.

Так, родитель в сложившихся обстоятельствах (заболел ребенок, страшит неизвестность, отсутствует полная, исчерпывающая информация, невыносима собственная беспомощность и т.д.) воспринимает все события через призму своего внутреннего состояния. И тогда даже не конфликтный по своей сути человек при взаимодействии с персоналом больницы может стать «трудным», конфликтным.

Когда человек спокоен, уравновешен, самодостаточен, находится в гармонии с самим собой, он воспринимает внешние обстоятельства иначе, чем во взвинченном или расстроенном, паническом или подавленном состоянии. Одним из главных и первичных факторов успешной коммуникации сотрудника при встрече с родителем должно стать снижение тревожности. Наиболее действенными будут, прежде всего, слова поддержки в его адрес, уверения, что он хорошо справляется.

В институте учат подходам к болезни, а не к родителю, чей ребенок болен. Но ведь усилия врача должны быть направлены не против родителя, а против болезни. Без взаимодействия с родителем, сотрудничества с ним болезнь может выиграть. Поэтому психолог помогает врачу находить адекватные и эффективные способы взаимодействия с родителем, ухаживающему лицу адаптироваться к сложившейся ситуации, тем самым направить совместные усилия для достижения общей цели (реабилитация ребенка). Эти мероприятия соответствуют принципам пре- и постнатального сопровождения, а именно комплексность, индивидуальный подход, междисциплинарное взаимодействие, адекватность реагирования и принимаемых мер.

Профилактика СЭВ

Выгорание представляет собой комплекс психических переживаний и такое изменение поведения, которые в совокупности сказываются на работоспособности, физическом и психологическом самочувствии, а также на взаимоотношениях сотрудника с

окружением. На сегодняшний день «профессиональное выгорание» в наиболее общем виде трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительного влияния профессиональных стрессоров средней интенсивности. Это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [10].

Симптомы профессионального выгорания могут приводить к полной дезинтеграции различных психических сфер, и прежде всего эмоциональной.

В связи с чем, задачей медицинского психолога является своевременное выявление факторов риска профессионального выгорания у медицинского персонала, диагностика (Методика В.В. Бойко «Синдром эмоционального выгорания», оценка отношения к работе, типы трудовой мотивации «Тест Герчикова», цветовой тест отношений М. Эткинда и др.) и коррекция по результатам обследований. Профилактическая работа с сотрудниками может проходить как в индивидуальном, так и групповом режиме, а также она предполагает распространение буклетов, литературы по этой проблематике.

2.7. Межведомственное взаимодействие.

Участие в областном акушерском консилиуме

Одним из важнейших принципов работы психолога ПЦ – междисциплинарный подход, примером которого является участие в работе акушерского консилиума.

Консилиум представляет собой совещание врачей одной или разных специальностей, которое созывается для коллегиального обсуждения состояния здоровья обследуемого, уточнения диагноза, определения прогноза течения болезни, принятия решений по всем актуальным вопросам тактики обследования и лечения, разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в процессе и по результатам оказания медицинской помощи

Областной акушерский консилиум (ОАК) обеспечивает единый подход к оказанию акушерско-гинекологической помощи в

сложных клинических ситуациях, а цель его работы заключается в обеспечении своевременного и качественного оказания помощи беременным с различной экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями послеродового периода для предупреждения материнской смертности и снижения фетоинфантильных потерь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СО от 21.04.2011 № 383-а-П.

Пациентки направляются на ОАК в обязательном порядке при наличии противопоказаний к вынашиванию беременности и отказе женщины от прерывания беременности. На основании результатов клинического обследования консилиум делает заключение о состоянии здоровья женщины, и представляет ей эту информацию о состоянии, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях.

Ситуация выявления патологий или осложненного течения беременности и прохождения акушерского консилиума является для женщин стрессовой ситуацией.

Женщины испытывают в таких обстоятельствах ряд болезненных эмоций: тревогу, неверие в диагноз, неуверенность в себе, пошатнувшуюся самооценку себя как матери и как женщины, чувство вины, чувство одиночества, враждебность, недоверие по отношению к врачам, ожидание социального давления и т.д. Ситуация постановки диагноза и ситуация прохождения консилиума могут быть психологически травматичными. «Приговор консилиума», «страшное слово», «нервотрёпка», «сидят там, только о показателях беспокоятся», «консилиум выстояла», «не доверяю врачам», «они меня доконали», «все глаза выплакала» – так высказываются многие женщины, прошедшие эту процедуру.

В результате негативных переживаний повышается вероятность дезорганизующего влияния эмоционального состояния беременной женщины на восприятие ситуации, эффективность её когнитивной проработки и, в итоге, на принятие решения относительно беременности, на эффективность взаимодействия с членами консилиума и на поведение женщин в отношении необходимых лечебных мероприятий.

Перед консилиумом психолог проводит беседу с женщинами (см. прил. № 3), заполняет протокол психодиагностического обследования (см. прил. № 4).

Беседа помогает определить намерение женщины в ситуации репродуктивного выбора, выявить отношение к сложившимся условиям и консилиуму, а также сформулировать вопросы врачам, если таковые имеются. Прояснения состояния беременной помогают снизить ситуативную тревогу, тем самым повышается способность женщины анализировать исходы репродуктивных альтернатив и воспринимать мнение членов консилиума. В течение беседы психолог помогает женщинам подготовить вопросы врачам и настроиться на сотрудничество.

Членам консилиума предъявляется протокол беседы (см. прил. № 4), в котором описано как эмоциональное состояние пациентки, так и ценностно-смысловая нагрузка репродуктивного выбора, ожидания, связанные с ОАК и возможные способы реагирования на процедуру и мнения специалистов. Ориентируясь на протокол, врачи могут индивидуализировать стиль взаимодействия с пациенткой, подобрать нужную тактику в беседе с женщиной и освещении своего решения. По рекомендации психолога женщине может быть предложено дальнейшее психологическое сопровождение по месту жительства. Данные протокола помогают построить взаимодействие между врачами и пациенткой, основанное на платформе сотрудничества и партнерства. При таком варианте взаимодействия пациентка и ее родственники ожидают обсуждения и согласования с врачом всех предпринимаемых действий, оставляя право принять решение за собой. Возрастает уровень доверия пациенток к медицинскому персоналу и готовности следовать рекомендациям.

Таким образом, слаженная командная работа всех членов консилиума позволяет достичь своевременного и качественного оказания помощи беременным с различной экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями послеродового периода для предупреждения материнской и детской смертности.

2.8. Центр Кризисной Беременности

Центр Кризисной Беременности (ЦКБ) – это центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, организованный в структуре перинатального центра.

Вопросы организации деятельности ЦКБ регламентируется приложениями 31-33 к приказу МЗ РФ № 572-н от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (см. прил. № 6).

Основные виды деятельности, осуществляемые ЦКБ:

а) Психологическое консультирование, психотерапия и психо-профилактика беременных и родильниц (Выявление женщин группы социально-психологического риска, диагностика, коррекция и своевременная маршрутизация к психиатру или другим специалистам).

б) Медико-социальная помощь беременным и родильницам (Выявление женщин группы социального риска, анализ причин, способствующих возникновению трудной жизненной ситуации у них. Обеспечение доступной, своевременной и эффективной помощи женщинам, нуждающимся во временном приюте, своевременная маршрутизация и постановка в соц. службы).

в) Методическая работа (консолидация опыта, разработка и проведение обучающих семинаров с целью повышения качества предоставления медико-социально-психологических услуг, изучение теоретической литературы, результатов исследований, статистических данных по проблематике центра, составление методических пособий)

д) Организационная работа (координационная работа) кабинетов медико-социальной поддержки в ЖК и роддомах, включающая анализ деятельности кабинетов, на основе регулярных отчетов (см прилож.), а также помощь в организации межведомственного взаимодействия, направленная на комплексную помощь нашей целевой аудитории (НКО и др.).

е) Повышение компетенции сотрудников, консультирование и профилактика. Сюда входят занятия с медперсоналом по этике,

деонтологии и профилактике ятрогений у пациентов, занятия по повышению психологической компетентности и профилактике эмоционального выгорания, консультации медицинского персонала по конкретным случаям в работе с пациентками.

г) Просветительская деятельность. Просветительская работа (формирование лояльности и включенности) для целевой аудитории (выступления в СМИ, на конференциях, распространение буклетов и др.).

Заключение

На сегодня можно утверждать, что работа психолога перинатального центра является отдельной профессией, требующей от специалиста высокого уровня квалификации и владения специфическими компетенциями. Безусловно, в вопросе организации психологической работы в ПЦ остается еще ряд вопросов (как организационных, так и профессиональных), заслуживающих внимания заинтересованных в дальнейшем повышении качества помощи в системе родовспоможения специалистов.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / Абрамченко В.В. – СПб, 2001. – 311 с.
2. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. – Петрозаводск, 2004. – 350 с.
3. Акушерство: Учебник/ Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. – М.: Медицина, 2011. – 816 с.
4. Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 35-42.
5. Барашнев Ю.И. Беременность высокого риска: факты, гипотезы, домыслы. Акуш игин 1991.
6. Брутман В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.psytama.ru/articles/b5.html>
7. Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / Брутман В.И., Родионова М.С. // Вопросы психологии. – 1997. – № 7. – С. 38-47.
8. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщины во время беременности и после родов / Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. // Психологический журнал. – 2000. – Т. 7, № 3. – С. 59-68.
9. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / Воробьев В.М. // Обзорение психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 33-39.
10. Глинянников Ю. Эмоциональное выгорание: симптомы [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://psychologytoday.ru/public/emotsionalnoe-vygoranie-simptomu/>.
11. Добряков И.В. Перинатальная психология 2-е изд. – СПб, 2015. – 370 с.
12. Дубовик О.Ю. Изучение роли материнской депривации в возникновении психических нарушений у детей раннего возраста // Научная конференция молодых ученых. Тезисы докладов. М. 1994. С.251.
13. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Китаев-Смык Л.А. – М., 1983. – 370 с.
14. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
15. Коваленко Н. П. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания // «Клиническая и специальная психология» № 1 2014 Московский городской психолого-педагогический университет
16. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов / Коваленко Н.П. – СПб, 2001. – 318 с.
17. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Короленко Ц.П. – М.: Наука, 1978. – 271 с.
18. Куфтяк Е.В. Преждевременные роды и женщина: социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства № 2 2005.

19. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л.: Лениздат, 1970. – С. 178 – 208.
20. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты – Екатеринбург, Изд-во Чарюд, 2002. – 188с.
21. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://mkb-10.com/>
22. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом – К.: Министерство Здравоохранения РФ Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003.
23. Пайнз Д. Беременность и материнство: взаимодействие фантазий и реальности – СПб, 1995.
24. Пергаменик Л.А. Кризисная психология. Учебное пособие. Мн.: Высшая школа, 2004. – 288 с.
25. Поневаж Е.В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания // Клиническая и специальная психология 2014. Том 3. № 1.
26. Рыбалка А.Н., Глазкова И.Б., Трибрат И.Г., Регушевский С.Е., Гончарова Э.Е., Темник В.И. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://mazg.com.ua/ru-issue-article-426>
27. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. / Под ред. Райгородского Д.Я. – Самара: БАХРАХ-М, 2012. – 656 с.
28. Селье Г. Стресс без дистресса. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.libros.am/book/read/id/48734/slug/stress-bez-distressa>.
29. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 2. С. 75-78.
30. Соколова О.А. Личностный кризис женщины в период беременности / Соколова О.А. // Личность и бытие. – Краснодар, 2005. – С. 80-86.
31. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. / Под ред. А. А. Журавлёва. – М. Институт психологии РАН, 2011
32. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
33. Филиппова Г. Г. Психология материнства – М., 2002
34. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. – М.: УРАО, 2005. – 328 с.
35. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы Пер. Гинзбург М.Р. – М. Педагогика-Пресс, 1993
36. Шойгу Ю.С. Психология экстремальных ситуаций [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/3193917/>

**Отчет об оказании медико-психологической помощи
в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ОПЦ г. Екатеринбург**

отчетный период (месяц, год)
Медицинский психолог: (Ф.И.О.)

№	Наименования/ Отделения	КДО	ОАК	АОДГ	АОО	АРО	ОАР, ИТН, иНД	ОПН-1	ОПН-2	Др.О.	Всего пациентов
1	Количество беременных женщин										
	Из них несовершенно- летних										Не суммируется
2	Количество родивших женщин										
	Из них несовершенно- летних										Не суммируется
3	Количество родствен- ников										
4	Количество женщин, зая- вивших намерение об от- казе от новорожденного										
	Из них оставивших ре- бенка в роддоме										Не суммируется
5	Количество женщин, столкнувшихся с перина- тальными потерями										
6	Количество рассмотрен- ных случаев (пациенток) на ОАК										Не суммируется
	Количество пациентов, получивших психологи- ческую помощь										
	Из них количество несо- вершеннолетних										
	Из них количество от- казов от новорожденных детей										

7	Количество встреч с сотрудниками по ведению пациента																			
8	Количество консультаций сотрудников по вопросам профессионального (эмоционального) выгорания																			
9	Количество занятий для персонала/участников по повышению психологической компетентности																		/	
10	Сотрудничество с медперсоналом (консультации по случаям, консилиум, занятия)																			

№	Категории	Наименования	Количество услуг беременным женщинам				Количество услуг родившим женщинам				Количество встреч с пациентками									
			Диагностика	Консультация	Коррекция	Профилактика	Диагностика	Консультация	Коррекция	Профилактика										
1		Пациентки, столкнувшиеся с экстремальной ситуацией (Острая стрессовая реакция)																		
1.1		Пациентки, узнавшие о необходимости проведения досрочного родоразрешения или изменения способа родоразрешения																		
1.2		Пациентки, узнавшие о ВПР и хромосомных нарушениях плода																		
1.3		Пациентки, столкнувшиеся с перинатальными потерями																		
1.4		Пациентки, столкнувшиеся с экстирпацией матки																		
1.5		Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья плода/ребенка																		

Ежедневный журнал работы психолога в ПЦ

Рекомендуется использовать в программе эксель, каждый новый лист – это определенное отделение, в нем название колонок по горизонтали:

Дата _____

Ф.И.О. пациента, возраст _____

Первично/повторно _____

ОСР _____
(к какой категории относится проблематика пациентки)

Хр. стресс _____
(к какой категории относится проблематика пациентки)

Соц. уяз. _____
(к какой категории относится проблематика пациентки)

Тип обращения _____
(кто отправил: врач, медсестра, соц. раб. и др., либо самообращение
или психолог выявил по диагностике или в ходе обхода)

Причина обращения _____
(причина направления к психологу, которую заявляет направляющий)

Палата _____

Город _____
(из какого населенного пункта пациентка)

Специалист _____
(кто вел прием)

Пациент/родственник _____
(в случае работы с семьей или другими близкими)

Диагностика _____
(что проведено во время приема, услуга в цифрах)

Консультация _____
(что проведено во время приема, услуга в цифрах)

Коррекция _____
(что проведено во время приема, услуга в цифрах)

Профилактика _____
(что проведено во время приема, услуга в цифрах)

Комментарии _____
(информация по пациентке, кратко ее история, что проводилось, на что направлена была помощь и др.)

Бланк беседы с женщиной, направленной на ОАК

Дата:

1. Как вас зовут _____
2. Возраст _____ Город: _____
3. **Образование:** 1) Неполное среднее общее (9 кл); 2) среднее общее (11 кл); 3) среднее профессиональное; 4) неоконч. высшее; 5) высшее; 6) ученая степень.
4. **Род занятий в настоящий момент:** 1) обучаюсь в общеобразовательной школе; 2) обучаюсь в колледже, техникуме, училище; 3) обучаюсь в ВУЗе; 4) работаю и обучаюсь заочно; 5) работаю; 6) иное _____
- Должность:** рабочий, служащий, специалист, руководитель, иное _____
5. **Семейное положение:**
 - 1) зарегистрированный брак (укажите стаж семейной жизни) _____
 - 2) незарегистрированный брак, совместное проживание (укажите стаж совместной жизни) _____
 - 3) устойчивые отношения без совместного проживания; 4) неустойчивые отношения с партнером; 5) одинока; 6) иное _____
6. **Есть ли дети?** _____ Если да, укажите их возраст и пол _____
7. **Ваши жилищные условия:** 1) собственная _____ – комнатная квартира, дом; 2) совместное проживание с родственниками (укажите, с кем именно) _____ 3) собственная комната; 4) комната в общежитии; 5) съемное жилье; 6) иное _____
8. **Есть ли хронические заболевания? Какие?** _____
9. **Гинекологические заболевания и проблемы** _____
10. Срок беременности: _____
11. Эта беременность была планируемой или спонтанной? _____
12. Кто был инициатором _____
13. Вам известна причина сбора консилиума _____
14. Каково ваше мнение? _____
15. Представление о том, как консилиум проходит _____
16. Как отнеслись к берем ближайшие родственники _____
17. Знают ли они о вашей проблеме (муж, родители, сестры) _____
18. Какие есть риски для вас? (что знаете о них?): _____
19. Какие есть риски для ребенка _____
20. Знают ли родственники об этих рисках? Какого они мнения? Что важно для них? И что вы об этом думаете _____
21. Что эта беременность значит для вас? _____
22. Что будет, если _____
23. Примечание: _____

**Протокол беседы с женщиной,
направленной на областной акушерский консилиум**

ФИО:

Возраст:

Женщина настроена на прерывание/сохранение беременности.

I Когнитивный компонент

- | | | |
|---|-----------|------------|
| 1) Понимание целей консилиума | <i>да</i> | <i>нет</i> |
| 2) Понимание диагноза | <i>да</i> | <i>нет</i> |
| 3) Сформулирована ли собств. позиция | <i>да</i> | <i>нет</i> |
| 4) Обоснование позиции | <i>да</i> | <i>нет</i> |
| 5) Рассматривает ли альтернативу занимаемой позиции | <i>да</i> | <i>нет</i> |
| 6) Рассматривает последствия прерывания беременности: для себя / для семьи; | | |
| сохранения беременности: для себя/для ребенка/для семьи. | | |

II Эмоционально-мотивационный компонент

1) Преобладающий эмоциональный фон в ходе беседы: *пониженный; ровный; тревожный; неустойчивый; депрессивный; безразличный; повышенный; эйфоричный; конкретные эмоциональные особенности:*

2) Эмоциональное отношение к предстоящему консилиуму: *заинтересованное; безразличное; тревожное; настороженное, негативное; агрессивное; конкретные эмоциональные особенности* _____

3) Ценностно-смысловая нагрузка занимаемой позиции _____

III Социально-психологический компонент

1) Особенности контакта: *вступает в контакт легко; вступает в контакт не сразу; отказывается от общения.*

2) Дает ответы на вопросы *да* *нет*

3) Сформулированы вопросы врачам *да* *нет*

4) Вероятная позиция относительно мнения врачей: *приспособление; компромисс; избегание; сотрудничество; конкуренция.*

Заключение: _____

Рекомендации: _____

Дата:

Мед. психолог

Консультация медицинского психолога

Дата _____ МО _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Повод обращения _____

МСП: медико-биологические; социальные; социально-психологические; психологические _____

Оказанная МПП _____

Рекомендовано _____

I. Медико-психологическая помощь: индивидуальная/семейная консультация; психодиагностическое обследование; индивидуальная/групповая/семейная психокоррекция; психопрофилактика; психопросвещение; медико-социально-психологическое сопровождение _____

II. Специализированная медицинская помощь: консультация психиатра/психотерапевта, невролога, нарколога; иное _____

III. Социальная помощь: социально-бытовая; социально-медицинская; социально-психологическая; социально-педагогическая; социально-трудовая; социально-правовая; услуги в целях повышения коммуникативного потенциала; срочные социальные услуги _____

Социальная поддержка; социальное консультирование; социальное посредничество; медико-социальный патронаж; социальная профилактика; маршрутизация в ЦСПСиД/кризисный центр _____

Примечания:

Медицинский психолог:

Приложение № 31
к Порядку оказания
медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология
(за исключением использования
вспомогательных репродуктивных
технологий)», утв. приказом
Министерства здравоохранения РФ
от 1 ноября 2012 г. № 572н

**Правила организации деятельности
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,
оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

1. Настоящие Правила регулируют порядок организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (далее – Центр).

2. Центр создается как структурное подразделение медицинской организации.

3. Центр оказывает медико-социальную помощь женщинам в период беременности и в послеродовом периоде.

4. Руководство Центром осуществляет руководитель.

5. Штатная численность Центра устанавливается руководителем медицинской организации в зависимости от объема проводимой работы с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 32 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному настоящим приказом.

6. Оснащение Центра осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 33 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному настоящим приказом.

7. На должность руководителя Центра – врача-акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

8. На должности врачей-специалистов Центра назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, по соответствующим специальностям, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

9. На должности медицинских работников со средним медицинским образованием Центра назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

10. Целью создания Центра является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций.

11. Центр осуществляет следующие функции:

разработка методических рекомендаций для специалистов по социальной работе и психологов женских консультаций и акушерских стационаров; проведение тренингов со специалистами кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций;

организация «телефонов доверия»;

разработка сайта в сети Интернет, пропагандирующего позитивное отношение к родительству и позиционирующего результаты работы центра;

оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также, в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке;

анализ деятельности кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций на основе предоставленных отчетов;

создание необходимых условий для обеспечения максимально полной медико-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье;

привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении;

осуществление мероприятий по выявлению женщин групп риска по отказу от ребенка после родов;

организация консультирования по вопросам социальной защиты женщин разового или постоянного характера;

участие в формировании у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшего воспитания ребенка;

организация групп психологической поддержки женщин в период беременности с привлечением врачей-психотерапевтов.

12. Центр самостоятельно оказывает медико-социальные услуги женщинам, подвергшимся психофизическому насилию; потерявшим родных и близких (вдовы); имеющим детей-инвалидов; женщинам-инвалидам; одиноким матерям с несовершеннолетними детьми; несовершеннолетним матерям; несовершеннолетним и одиноким женщинам из неполных семей; находящимся в предразводной и послеразводной ситуации; находящимся в конфликте с семьей.

13. Центр осуществляет свою деятельность на основе взаимодействия с органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, образования, социальной защиты, с общественными организациями (объединениями), негосударственными фондами, традиционными конфессиями по реализации медико-социальных и психологических задач, направленных на сохранение и укрепление здоровья беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, включая превентивные меры по предупреждению абортот и отказов от новорожденных в роддомах.

14. Рекомендуемая структура Центра:

кабинеты:

врача-акушера-гинеколога;

врача-психотерапевта;

психолога;

специалиста по социальной работе;

юрисконсульта;

инспектора по труду.

Приложение № 32
к Порядку оказания
медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология
(за исключением использования
вспомогательных репродуктивных
технологий)», утв. приказом
Министерства здравоохранения РФ
от 1 ноября 2012 г. № 572н

**Рекомендуемые штатные нормативы
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,
оказавшихся в трудной жизненной ситуации***

№ п/п	Наименование должностей	Количество должностей
1.	Руководитель Центра – врач-акушер-гинеколог	1 должность
2.	Врач-психотерапевт	1 должность
3.	Психолог (медицинский психолог)	1 должность
4.	Психолог (телефона доверия)	1 должность
5.	Специалист по социальной работе	1 должность
6.	Юрист	1 должность
7.	Инструктор по труду	1 должность
8.	Медицинская сестра	1 должность
9.	Программист	1 должность

* Нормативы не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

**Стандарт оснащения
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,
оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

№ п/п	Наименование*
1.	Рабочее место врача
2.	Рабочее место медицинской сестры
3.	Персональный компьютер с принтером и программным обеспечением для психологического тестирования
4.	Аппарат для измерения артериального давления
5.	Стетофонендоскоп
6.	Кушетка медицинская
7.	Кушетка психоаналитическая (кресло функциональное)
8.	Кресло психотерапевтическое
9.	Стул полумягкий
10.	Журнальный столик
11.	Секундомер
12.	Аудиокомплекс
13.	Экспериментально-психологические методики лицензионные
14.	Тумба для аудиоаппаратуры
15.	Комплекс реабилитационный психофизиологический для тренинга с биологической обратной связью
16.	Оборудование для комнаты психоэмоциональной разгрузки (сенсорной комнаты): <ul style="list-style-type: none"> • Сенсорный уголок • Интерактивная панель • Прибор динамической заливки света • Световая каскадирующая труба • Ультрафиолетовое оборудование и аксессуары
17.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения фильмотерапии (экран, проектор, набор фильмов)

18.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения музыкотерапии (музыкальный центр, наушники)
19.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения арттерапии (включая стол, складные кресла)
20.	Маты напольные и подголовники для групповых занятий.
21.	Облучатель бактерицидный (лампа)

Положение
об организации деятельности медицинского психолога,
участвующего в оказании психотерапевтической помощи
(утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438)

1. Общие положения

1.1. Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

1.2. В своей работе руководствуется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, N 33, ст.1318), Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и соответствующего структурного подразделения. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

2. Функции и задачи

2.1. Самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

2.2. Участвует в оформлении медицинской документации установленного образца.

2.3. В установленном порядке повышает свою квалификацию по клинической психологии на циклах усовершенствования в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

2.4. Внедряет в практику современные методы клинической психологии.

2.5. Принимает участие в работе бригады специалистов, оказывающей психотерапевтическую помощь, разборах клинических случаев, совещаниях, научно-практических конференциях, осуществлении психолого-психиатрической и психологической экспертизы.

2.6. Наряду с обязательной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой по клинической психологии, может получать в рамках компетенции национальных и международных профессиональных организаций общественную аккредитацию и общественный профессиональный статус.

2.7. Проводит в установленном порядке экспертизу качества клинико-психологической помощи.

Показания для направления женщины к психологу в разных подразделениях ПЦ

Консультативно-диагностическое отделение

I. Нарушения психоэмоционального состояния женщины (слезы, страхи, вспышки агрессии, подавленное состояние на приеме, постоянное беспокойство, тревожность о собственном состоянии или состоянии плода, женщина равнодушна и не заинтересована беременностью, будущим ребенком)

- Отягощенный акушерский анамнез, нарушающий психо-эмоциональное состояние женщины (выкидыши, аборт, перинатальные потери, преждевременные роды)
- Назначено плановое досрочное родоразрешение
- ВПР и хромосомные нарушения плода
- Женщина, столкнувшаяся с гибелью или смертельной болезнью близкого родственника

II. Социальное неблагополучие женщины (семья)

- Подозрение или наличие психического нарушения у беременной
- Отсутствие жилья, средств для существования (бомжи, беженцы, мигранты и т.д.), алкоголизация, наркомания и т.д.
- ТЖС (женщины – жертвы физического, психологического и др. насилия, семейные конфликты, предразводное или постразводное состояние)
- Инвалидность и/или пороки у женщины
- Несовершеннолетие беременные
- Намерение или заявленный отказ беременной женщины от ребенка

III. Областной акушерский консилиум (репродуктивный выбор на ранних и на поздних сроках)

Отделение патологии новорожденных

- Тревожное и/или депрессивное состояние матери (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с родственниками, с медперсоналом и др.)
- Матери, не включающиеся в лечебный процесс (не интересуется динамикой состояния ребенка, не следует назначениям врача, отказывается от госпитализации)
- Женщина равнодушна, не заинтересована, не ориентирована на потребности ребенка, отказывается от грудного вскармливания без веских на то причин

- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

Акушерское отделение дородовой госпитализации

- Пациентка не готова к сроку и способу родоразрешения (конфликтность, страхи)
- Пациентка, столкнувшаяся с антенатальной гибелью плода, ожидающая родоразрешения
- Угроза преждевременных родов (пролабирование плодного пузыря, подтекание вод и др.)
- Пациентка с неустойчивым психоэмоциональным состоянием (слезы, страхи, вспышки агрессии, подавленное состояние, постоянное беспокойство, тревожность о собственном состоянии или состоянии плода, женщина равнодушна и не заинтересована беременностью, будущим ребенком)
- Подозрение или наличие психического нарушения
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

Акушерское наблюдательное отделение

- Перинатальные потери (антенатальная, интранатальная гибель, ранняя неонатальная смертность)
- Удаление матки, или операционное вмешательство, которое может привести к нарушению репродуктивного здоровья
- Пациентки, оказавшиеся в палатах раздельного пребывания в виду состояния здоровья новорожденных (преждевременные роды, наличие ВПР, травматизация во время родов)
- Подозрение или наличие психического нарушения
- Отказ от ребенка
- Пациентки, оказывающие ненадлежащий уход за ребенком (отказ кормить грудью, незаинтересованность, попустительское отношение к ребенку)
- Пациентки с эмоциональными нарушениями в послеродовом периоде (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с медперсоналом и др.)
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

Родовое отделение

- Пациентка, столкнувшаяся с антенатальной гибелью плода, ожидающая родоразрешения
- Угроза преждевременных родов (пролабирование плодного пузыря, подтекание вод и др.)
- Отказ женщины от госпитализации

Отделение детской реанимации и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей

- Неонатальная гибель
- Отказ от ребенка
- Тревожное и/или депрессивное состояние матери (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с родственниками, с медперсоналом и др.)
- Женщина равнодушна, не заинтересована, не ориентирована на потребности ребенка, отказывается от грудного вскармливания без веских на то причин
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

**МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ**

Авторы-составители:

М.М. Ицкович, Т.Г. Ярославцева, Л.С. Сафаргалина, А.А. Попова

*Для руководителей и врачей, клинических психологов,
психологов сферы родовспоможения, специалистов
по социальной работе и юристов Перинатальных Центров*

Подписано в печать 10.06.2018.

Формат 60×88/16. Усл. печ. л. 3,9. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО Издательский Дом «Ажур»
620075, Екатеринбург, ул. Восточная, 54, тел. (343) 350-78-28

E-mail: azhur.ek@mail.ru, <http://www.ajur.ur.ru>

Заказ № 07/06-1.