

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	5
Введение	6
Глава 1. Методологические основы, история развития перинатальной психологии	8
1.1. Методологические принципы и концепции в перинатальной психологии	8
1.2. История развития перинатальной психологии	16
1.3. Связь перинатальной психологии и перинатальной психотерапии	17
Вопросы для самоконтроля	25
Литература	25
Глава 2. Беременность. Формирование диады «мать — плод»	29
2.1. Взаимосвязь гестационного процесса с психологией беременной. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты	29
2.2. Психологический опыт в период внутриутробного развития плода	41
Вопросы для самоконтроля	47
Литература	47
Глава 3. Послеродовой период. Симбиоз «мать — дитя»	49
3.1. Развитие психологических функций новорожденного	49
3.2. Постнатальное сенсорное взаимодействие в системе «мать — дитя»	55
3.3. Социально-эмоциональное развитие новорожденного, роль в нем матери	59
3.4. Синдром жестокого отношения к ребенку	63
Вопросы для самоконтроля	69
Литература	69
Глава 4. Психологическая помощь женщине, вынашивающей больной плод и родившей больного ребенка	71
4.1. Пренатальный консилиум при заболеваниях плода, роль психолога	71

4.2. Социально-психологическая помощь роженице . . .	78
4.3. Психологическая помощь родителям больного ребенка	80
Вопросы для самоконтроля	89
Литература	89
Глава 5. Взаимодействие роженицы с персоналом роддома.	
Преодоление пре- и перинатальных стрессов	90
5.1. Психологическая работа с медицинским персоналом для эффективного взаимодействия с матерью и ре- бенком	90
5.2. Особенности психологического консультирования . .	94
5.3. Работа психолога с последствиями пре- и перина- тальных стрессов в жизни человека	101
Вопросы для самоконтроля	107
Литература	107
Глава 6. Перинатальная этика	108
6.1. Понятие и принципы перинатальной этики	108
6.2. Морально-этические аспекты вмешательства в прена- тальное развитие	111
6.3. Этические проблемы в неонатологии и постнаталь- ном развитии младенца	115
Вопросы для самоконтроля	120
Литература	120
Глава 7. Перинатальная психология и ментальная медицина	122
Вопросы для самоконтроля	133
Литература	133
Приложение	135
Тест на выявление типа психологического компонента геста- ционной доминанты (ПКГД)	135
Тест на выявление доминирующего инстинкта и профиля лич- ности по инстинктам (В. Гарбузов)	139
Опросник «Измерение родительских установок и реакций» . . .	142
Тест базисных эмоций	152
Тест «Я и мой ребенок»	153
Литература	155
Словарь терминов	156

БЕРЕМЕННОСТЬ. ФОРМИРОВАНИЕ ДИАДЫ «МАТЬ — ПЛОД»

2.1. Взаимосвязь гестационного процесса с психологией беременной. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты

Сегодня активно изучаются факторы, оказывающие влияние на развитие ребенка, когда он находится во внутриутробном состоянии, и влияющие на благополучие диады «мать — плод» и в дальнейшем диады «мать — ребенок». Большой интерес вызывает эмоциональное состояние беременных, изменения в восприятии мира в связи с их положением, отношение к будущему ребенку, а также влияние взаимоотношений с окружающими на течение беременности. Существуют разные подходы к восприятию беременности и внутриутробному развитию младенца, в том числе не только медицинский, определяющий беременность как физиологический процесс, при котором из оплодотворенной яйцеклетки в организме женщины развивается плод, но и философско-культурологические подходы.

Отечественный психолог Л. С. Выготский выделял период беременности как критический период семьи, когда возникают психологические новообразования, а именно формируются внутренняя картина беременности, родительское отношение к будущему ребенку, когда вопрос сохранения беременности решен положительно. Сама беременность является подготовкой к новой роли — роли матери. Состояние женщины формирует будущую жизнь и здоровье ребенка. Поэтому беременность можно считать экзистенциональной ситуацией в связи с тем, что она влияет на всю жизнь женщины, обуславливает глубокие изменения самосознания, отношения к себе, к другим, к миру. В период беременности, особенно первой, ускоряется созревание личности женщины, у нее появляется чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства.

Беременность — это первый этап материнства, на протяжении которого вызревает не только плод в утробе матери, но и сама мать, та часть личности женщины, которая в последующем будет выполнять материнские функции.

Взгляды психоаналитиков на беременность

Одним из комплексов, присущих женщине, З. Фрейд считал комплекс кастрации. Поэтому беременность женщины он рассматривал как возможность ее освобождения от этого комплекса. Прикладывание младенца к груди, по его мнению, позволяет женщине компенсировать отсутствие пениса как предмета подсознательной зависти. То есть желание иметь ребенка является замещением другого желания. Рождение ребенка (как эквивалента древней символики пениса) с позиций психоанализа является важнейшим условием самореализации и завершением психосексуального развития женщины. По мнению З. Фрейда, беременность и роды оказывают саногенное влияние на психику некоторых невротических женщин.

Однако Д. Пайнз утверждает, что беременность сама способна породить глубокие личностные конфликты, связанные с кризисом самоидентичности женщины и амбивалентностью ее переживаний. В основе этого могут лежать отношения беременной не с реальной матерью, а с внутренним интроецированным образом матери и влиянием этого образа на беременную, а также отношения беременной к внутреннему образу ребенка. Отношения с матерью важны при нормальном полоролевом развитии дочери, когда возникает идентификация с матерью, и этот процесс значительно усиливается с наступлением беременности. В переживаниях беременной оживают переживания ее матери по отношению к своему избраннику, телу и ребенку. Если мать не получала удовлетворения от своего тела, беременность доставляла дискомфорт и страдания, было желание быстрее освобождения от бремени, то и у беременной дочери может проявиться депрессия и повышенная тревожность, а также физиологические осложнения беременности в виде токсикозов, угроз выкидыша. Переживание беременности матерью влияет на переживание беременности дочерью. Это связано с тем, что чувства самой матери влияют на развитие дочери поэтапно, в процессе их взаимодействия, начиная с беременности матери до пубертатного возраста дочери. Так, на этапе младенчества решающим для развития девочки было отношение матери к ее телесным проявлениям. Насильственный, полный контроль: установление режима питания, сна, дефекации, отсутствие телесного контакта — впоследствии формирует сложное отношение девочки-девушки к своему телу и порождает потребность в контроле и оценивании извне. Из-за этого беременная больше озабочена медицинскими параметрами, сомневается в нормальности своего состояния, не умеет ясно описывать его, опираясь в большей степени на суждение и мнение врача, а не на собственное самоощущение. В период

пубертатного развития необходимым становится отделение девочки от матери, ее индивидуализация. Девушка взрослеет, изменяются формы ее тела. Но если мать не довольна собой как женщиной, то она не позволит дочери отделиться от себя, потому что внутреннего ребенка она тоже не отделила. Взрослая дочь и внутренний ребенок у нее соединены и создают симбиотические отношения, которые позволяют матери прожить через дочь свою жизнь заново. Такая мать контролирует телесные проявления дочери, особенно сексуальные, подавляя индивидуальность, наказывая ее за проявление самостоятельности. При таком развитии отношений внутренний образ наказывающей матери актуализирует у беременной негативные чувства при сексуальных отношениях с партнером, приведшие к беременности, что влечет за собой неприятие ребенка не только во внутриутробном состоянии, но и после рождения.

Во время беременности самоощущение женщины меняется, и «формой ядерного субъективного существования» выступает категоризация, опирающаяся в первую очередь на эмоционально-оценочные конструкты (Тхостов А. Ш., 2002). Собственное тело воспринимается в связи с зародившейся жизнью в утробе. Особую роль играет встреча с врачом при постановке на учет по беременности, так как пережитые от этого эмоции создают определенное отношение к беременности, усиливая радость или усугубляя негативность и создавая особую форму субъективности в виде эмоционального переживания.

Первая беременность способствует появлению чувства биологической идентификации со своей матерью, а также позволяет закончить отделение от матери и индивидуализацию. Однако данный этап зависит от взаимоотношений матери и дочери на предыдущих этапах жизни. Они могли развиваться нормально или патологически, и следствием является то, станет ли беременность поводом к взрослению аутентичного Я у дочери, поспособствует ли самоактуализации и личностному росту, или пойдет по патологическому пути развития, проживанию чужих чувств. Таким образом, в психоанализе беременность рассматривается двояко: в норме как вершина полоролевого и психосексуального развития женщины или патологично как порождение глубокого личностного кризиса.

Акмеологическое объяснение беременности

Психоаналитическую позицию продолжают описывать современные отечественные психологи. Так, Н. В. Боровикова (1998) рассматривает беременность как акме женщины, исследуя ее акмеологический потенциал. Взгляд на мотивацию сохранения беременности дан шире (в психоанализе ограничение подсознательными

мотивами) — включены социальные мотивы, определяемые культурой и историческим временем: сохранение отношений с партнером, соответствие социальным ожиданиям. Описывается синдром беременности, симптомы которого, по мнению Н. В. Боровиковой, имеют универсальный характер и включают в себя все многообразие психологических новообразований, характерных для беременной женщины. Сюда относятся: аффект осознания себя беременной, симптом принятия решения, симптом нового «Я», симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого отношения к беременности, симптом принятия новой жизни в себе, симптом перинатальной дисморфофобии, симптом завышенных притязаний по отношению к другим. Автор считает, что синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне и именно этот факт является основным источником негативных переживаний самой беременной и, как следствие, отрицательных влияний на плод. Знание о самой себе и о сопровождающих беременность соматических и психических состояниях, наоборот, создает благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, способствует личному взрослению женщины, укреплению и обогащению ее психики новым уровнем психологических самооценок.

Влияние эмоций на беременность

Активное изучение эмоционального состояния беременных связано с тем, что эмоции, которые испытывает женщина, напрямую влияют на протекание беременности и родов, на отношение к ребенку до и после его рождения, на отношение к себе самой. А. Н. Захаров, Н. П. Коваленко отводят влиянию эмоций особое значение, считая, что эта сфера наиболее изменчива. К благоприятным качествам, формирующим положительные эмоции во время беременности, относятся отсутствие страха и тревожности, адекватная самооценка; уравновешенность; высокий уровень самопринятия, что проявляется в естественности поведения и открытости опыту, в отношении к другим как к себе. Также формированию позитивных эмоций способствуют благоприятная семейная обстановка, поддержка со стороны мужа, родителей. Издревле рекомендовали беременным созерцание красивых вещей, природы, картин, маленьких детей, способствующее повысить благоприятный эмоциональный фон. Во время беременности женщина требует повышенного внимания, тепла, заботы и поддержки, в первую очередь — психологической. Психологическая поддержка — это прежде всего поддержка эмоциональная, т. е. способность супругов сочувствовать, сопереживать проблемам друг друга и помогать в преодолении трудностей. Закономерно и со-

вершенно нормально появление тревожности, которое отмечают у большинства женщин во время беременности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и заботы, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции — инфантильности и взросления. В результате женщины, как правило, становятся более ответственными, бережнее относятся к своему здоровью.

По данным исследований М. А. Кочневой (1992), П. Я. Кинтария (1984), Г. А. Лескова (1992), эмоциональное состояние женщины изменяется в течение каждого семестра беременности.

Эмоциональные изменения женщины при ожидании ребенка в первом триместре беременности связаны с амбивалентными чувствами надежды и тревоги при ожидании подтверждения беременности. Женщина концентрируется на внутренних переменах, у нее наблюдается частая смена настроения от радостного до резко сниженного, отмечаются плаксивость, раздражительность, мнительность, повышенная внушаемость, апатия, страх относительно будущего. При этом просыпаются материнские чувства, в то же время может появиться страх выкидыша. Присутствует ощущение, что время тянется долго.

Второй триместр характеризуется противоречивостью эмоциональных состояний: у одних происходит нормализация психического состояния, повышение работоспособности, у других повышается уровень невротизации, отмечаются расстройства настроения с легким субдепрессивным компонентом, расстройства тревожного ряда. Ощущается большая зависимость от процесса развития ребенка; женщина принимает беременность; появляется интерес к ребенку и материнству. При этом может иметь место углубление в себя; развивается чувство собственной значимости; различные чувства вызывает изменение внешности; появляется ощущение, что время летит быстро.

В третьем триместре женщина фокусируется на родах; опасается родоразрешения, неизвестности; может испытывать различные чувства относительно своей внешности; возрастает зависимость от других; присутствует желание защиты; возможно снижение полового влечения; появляется ощущение, что время тянется долго.

Тревога играет не только негативную роль, она может способствовать лучшей адаптации женщины к ее новому состоянию: если беременная быстро справляется с негативными эмоциями, резкое учащение пульса (до 130—140 уд/мин) непродолжительно, то ее ребенок будет эмоционально устойчив и будет хорошо контролировать себя (Подобед Н. Д., 2001). Если же уровень тревоги продолжает повышаться, это приводит к негативным последствиям. Могут

Глава 5

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОЖЕНИЦЫ С ПЕРСОНАЛОМ РОДДОМА. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕ- И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ СТРЕССОВ

5.1. Психологическая работа с медицинским персоналом для эффективного взаимодействия с матерью и ребенком

Медицинский персонал, работающий с беременными, новорожденными и их матерями, должен быть готов к оказанию не только медицинской, но и психологической помощи. Сегодня в ряде больниц, родильных домов и поликлиник работают психологи. Но для создания необходимого климата в лечебном учреждении деятельность психолога должны поддерживать все работники отделения. Невнимательное отношение со стороны персонала к одной пациентке порождает негативное восприятие ею всего отделения. Это не значит, что персонал будет выполнять функциональные обязанности психолога, но важно, что бы весь коллектив был психологически грамотным.

В деятельность психолога входит работа по оказанию психологической помощи, по психологическому консультированию и психологической коррекции. Вспомогательным методом может служить психодиагностика.

Объект работы психолога — беременные, их родственники, женщины после родов, персонал.

Предмет работы психолога — психоэмоциональное состояние, влияющее на негативные переживания беременности, подготовка к родам, период после родов. Состояние матерей, перенесших утрату ребенка, родивших детей с ослабленным здоровьем.

По мнению Л. С. Сурковой, интерес представляют три уровня профессиональной компетентности в работе психолога-перинатолога (Суркова Л. С., 2004):

1) стандартные профессиональные компетенции. Этот уровень определяет знания и умения психолога-перинатолога, который проходит свое становление в профессиональном сообществе психологов и специфической профессиональной группе психологов-перинатологов.

Ведущим компонентом стандартных компетенций психолога является сформированность единого комплекса профессионально значимых знаний, навыков, умений.

Профессиональные знания — это объективно необходимые сведения обо всех сторонах труда, востребованных практикой общих и частных компонентов. Они составляют основу для формирования психологической и психолого-педагогической культуры, а также конкретной технологии достижения психологом желаемых результатов.

Профессиональные умения — это действия и «техники» психолога, применяемые им для реализации своих обязанностей и функций в процессе психологической деятельности. Умения выступают исходными элементами целостной технологии его психологической работы.

Психологические навыки — это способность психолога выполнять профессиональные действия, приемы, конкретные должностные функции автоматически, облегченно, с оптимальной тратой физического и психического потенциалов.

В профессиональной деятельности психолога исключительную роль играют нравственные качества, соблюдение этических норм и правил профессиональной деятельности во взаимоотношениях с коллегами, научным сообществом и пациентами, обращающимися за психологической помощью. При проведении исследований психолог не должен использовать методы, технику, процедуры, ущемляющие достоинство испытуемых или их интересы. Он обязан строго соблюдать гарантии конфиденциальности сообщенных сведений, а также информировать испытуемых о целях проводимого исследования.

Если психологическая работа предполагает вторжение психолога в сферу личных интересов или интимных переживаний, то пациенту необходимо предоставить безоговорочную возможность отказаться от дальнейшего участия в консультации, тренинге, терапевтическом сеансе на любом этапе их проведения.

Все сказанное позволяет сформулировать главный этический принцип, который должен лежать в основе всей профессиональной деятельности психолога-перинатолога, принцип Гиппократа к врачебной этике, — «не навреди»;

2) ключевые профессиональные компетенции. Этот уровень является наиболее динамичной частью модели профессиональных компетенций, к которым относятся компетенция успешности, компетенция эмпатии, компетенция беспристрастности, компетенция конфиденциальности, компетенция позитивно ориентированной активности, компетенция профессионального общения. Ключевые компетенции находятся в сложной взаимосвязи с личностными особенностями, личной и профессиональной позицией психолога-перинатолога в организации. Раскроем содержание ключевых профессиональных компетенций:

— компетенция успешности профессиональной деятельности психолога во многом зависит от его умения войти в контакт, установить доверительные отношения, организовать контактное взаимодействие, максимально акцентировать внимание в процессе профессионального общения на важных для пациента вопросах;

— компетенция эмпатии — это включенность в интересы, проблемы человека, наличие эмпатии (способности передавать клиенту понимание его переживаний или его внутренней ситуации). К. Роджерс (1997) определял эмпатию следующим образом: «способ существования с другим человеком... Когда психолог входит во внутренний мир другого и чувствует себя в нем как дома. Это означает сензитивность к изменениям чувственных значений, непрерывно происходящим в другом человеке. Это означает временное проживание жизни другого, продвижение в ней осторожно, тонко, без суждения о том, что другой едва ли осознает». «Эмпатия — это наиболее сильный аспект деятельности психотерапевта, так как она освобождает, она подтверждает, она возвращает даже наиболее испуганного клиента в человеческий род». В то же время психологу необходимо сохранять психологическую дистанцию с пациентом, то есть не отождествлять переживания другого человека со своими собственными. Здесь важно учитывать особенности каждого, с кем придется работать, применять безопасные и наиболее приемлемые методики достижения цели;

— компетенция беспристрастности требует от психолога не допускать предвзятого отношения к любому человеку, исключать формирование выводов и осуществление действий психологического характера, противоречащих научным данным и этическим нормам. Здесь важно занимать объективную позицию, не зависящую от субъективного мнения или требований третьих лиц. Эта компетенция также предполагает использование инструментария и технологий, адекватных целям работы, особенностям объекта исследования и реальным возможностям. Полученные результаты всегда должны быть выверены и всесторонне взвешены, ознакомление с ними третьих лиц осуществляется только с согласия клиента. Данная компетенция требует адекватности психологического инструментария целям, условиям жизнедеятельности и особенностям конкретного клиента; необходимы объективность и научная обоснованность результатов, целесообразность и взвешенность сведений, передаваемых психологом обратившемуся за консультацией или психологической помощью человеку;

— компетенция конфиденциальности означает, что любой психологический материал, любая информация, полученная психологом,

не подлежит сознательному или случайному распространению во избежание компрометации кого бы то ни было — испытуемого, практического психолога, руководителя и т. д. Этот принцип закреплен в нормативном документе «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации: Приказ Минобразования РФ от 22.10.1999 г. № 636»: «Психолог несет ответственность за сохранение протоколов обследований, за ведение документации в соответствии с положениями, установленными настоящим Временным положением» (Красило А. И., Новгородцев А. П., 1995). Принцип обуславливает обязательные правила: строгая учетность полученной информации с применением системы ее кодирования; постоянный контроль результатов психологической работы и ограниченный или управляемый доступ к ним пациента, клиента или третьих лиц; корректное использование сведений психологического характера. Кроме того, данная профессиональная компетенция относится к конфиденциальности и самому психологу, степени его самораскрытия перед пациентом. Степень раскрытия может быть различной: от сообщения о себе отдельных демографических данных до полного самораскрытия, включая даже не связанные с процессом психотерапии переживания и проблемы, главное, чтобы самораскрытие психолога было управляемым. Управляемое самораскрытие имеет место, когда психолог выступает в качестве модели поведения для пациента. Самораскрытие может оказаться полезным и в случае признания психологом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Однако чрезмерное увлечение самораскрытием может причинить ущерб работе и отразиться на ее результате. Самораскрытие психолога противопоказано, если оно несвоевременно, в частности, если «Я» обратившегося за помощью является недостаточно зрелым или если у него негативное эмоциональное отношение к психологу. В этих случаях пациент может использовать самораскрытие психолога для его дискредитации. С помощью самораскрытия психолог может успокоить и эмоционально поддержать человека, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного поведения для идентификации. Самораскрытие психолога используется для углубления психологического контакта с пациентом на относительно поздних этапах психотерапевтического процесса;

— компетенция позитивно ориентированной активности выполняет интерактивную функцию, определяет гуманистическую направленность всей деятельности психолога. Позитивный подход к деятельности должен присутствовать во всех компонентах — в отношениях, результатах труда. Сам психолог должен обладать активной

жизненной позицией, оптимизмом и уверенностью в своих силах ему необходимо быть психологически здоровой, гармонично развитой, творческой личностью.

Психика профессионала, в которой сформированность специфических психологических особенностей и личностных качеств позволяет быть успешным в выбранной деятельности (помощи беременным, роженицам и родильницам, детям, родственникам и медицинскому персоналу).

Для психолога-перинатолога важны умения в проявлении творческих качеств, принятии неординарных решений, предвидении, саморегуляции собственного потенциала. В то же время необходимо понимание ограниченности своих психологических возможностей при взаимодействии с клиентами. Поэтому психологу-перинатологу самому необходимы тренинги для решения собственных проблем, которые могут препятствовать профессиональной успешности, и постоянное повышение своего профессионализма.

Существенную роль в успешности профессиональной деятельности играет профессиональное умение общаться с разными категориями клиентов. Это входит в основные функциональные обязанности, обусловленные целями, условиями, задачами. Так как профессиональное общение психолога направлено на создание взаимного доверия (при помощи корректности, такта, позитивной мотивации общения) и благоприятных условий для решения профессионально-функциональных задач, то от психолога требуется умение быть инициативным творцом общения;

3) ведущие профессиональные компетенции. Этот уровень связан со стандартами рабочего поведения, принятого в организации. В учреждениях, оказывающих помощь женщинам, главным является корпоративная культура. Таким образом, деятельность психолога-перинатолога взаимосвязана с деятельностью других специалистов, работающих с пациентами, поэтому должны быть определены стандарты поведения всех специалистов во избежание конфликтных ситуаций. Залогом успешности этого направления служит высокий уровень психологических знаний и психологической культуры всех сотрудников. Решение таких задач ложится на плечи специалиста, имеющего психологическое образование, т. е. психолога-перинатолога.

5.2. Особенности психологического консультирования

В работе клинического психолога в учреждениях родовспоможения и женских консультациях объектом психологического консультирования и психологической коррекции являются женщины, кото-

рые решили стать матерями, имеющие проблемы репродуктивного здоровья; женщины, желающие выстраивать гармоничные отношения в семье, правильно воспитывать ребенка; женщины, имеющие ребенка с нарушениями здоровья.

Именно в женской консультации женщина понимает, что ее статус изменяется, она становится не просто женщиной, а матерью. В ее организме начинает жить и развиваться еще одна жизнь — ее ребенок. И если раньше в этом случае говорили — будущий ребенок, то с развитием перинатальной психологии установки изменились. Это жизнь уже настоящего ребенка, который требует к себе особого внимания со стороны родителей, требует определенного отношения к своему здоровью со стороны матери (и тоже не будущей матери, а настоящей, она уже стала матерью с момента зачатия ребенка). Все это требует серьезного психологического подхода в разговорах с матерью, не должно ограничиваться только измерением размеров плода, а должно учитывать особенности развития ребенка в утробе матери каждый месяц и даже каждую неделю.

Основными умениями и качествами психолога в этом направлении являются следующие:

- умение ориентировать женщину как мать в ее целях по отношению к ребенку. Ориентация на потенциально продуктивную сторону личности, которая способна к проявлению разнообразных подходов к существующей проблеме для скорейшего ее решения;
- умение отслеживать и использовать вербальные и невербальные реакции женщины для выхода на более широкий спектр ситуаций и проблем. Исключается использование оценочных суждений личности и действий клиента-пациента;
- понимание психологом сложности предмета своей консультации, использование гибких способов воздействия на индивидуальность. Осознание невозможности описания и исследования проблемы в рамках одной теоретической концепции, стремление понять и умение использовать разнообразие концепций;
- четкое реагирование на содержание психологической информации, ее значимости для клиента-пациента. Понимание, что реакция консультанта влияет на женщину и наоборот. Осознание, что личность клиента-пациента — это самооценочность, требующая уважения ее достоинств;
- понимание психологом меры своей ответственности. Реальное оценивание своих возможностей и уровня квалификации, понимание и принятие ограниченности своих возможностей. Умение работать в контакте с другими профессионалами и представителями смежных профессий.

Продолжительность различных видов работы психолога в здравоохранении (психологическое консультирование, психологическая коррекция) представлена в таблице 5.1.

Таблица 5.1

Продолжительность различных видов работы психолога

Вид работы	Среднее время в часах	Примечание
Индивидуальная психодиагностика, обработка результатов, оформление заключения и рекомендаций	До 6,0	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Индивидуальное консультирование	До 1,5	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Индивидуальная коррекционная работа	До 30,0	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Подготовка к консилиуму, семинару	5,0	Без диагностической работы
Ежедневное итоговое оформление документации	0,5	Из расчета на 1 мероприятие
Обобщение результатов работы, написание отчета	5,0	Из расчета на 1 мероприятие
Консультации в научных центрах, участие в методических семинарах	8,0	В неделю
Работа в библиотеке	5,0	В неделю

Основные этапы и содержание психологического консультирования

Первый этап — анализ содержания жалобы. На этом этапе происходит достижение взаимопонимания. Длительность этапа до 10 мин, в течение которых психолог структурирует ситуацию, определяет тему взаимодействия, дает информацию о своих возможностях. Создает возможность клиенту-пациенту для разговора о себе и событиях своей жизни.

Анализ элементов жалоб включает следующие аспекты:

- 1) субъектный (на кого жалуется) и объектный (на что жалуется);
- 2) самодиагноз — это интерпретация клиентом происхождения и развития переживаемых проблем и трудностей (необходим для формирования предварительного психологического диагноза);
- 3) предоставление пациенту возможности объяснить, чего он хочет от консультации (психологический запрос как первый вариант

терапевтической задачи, при необходимости уточнение или формулирование задачи заново);

- 4) выявление скрытой мотивации жалобы (через приемы активного слушания, умелую постановку вопросов, рефлексирование переживаний клиента-пациента).

Этап заканчивается, когда у психолога формируется ощущение полного взаимопонимания обеих сторон. Иногда на первом этапе возникает необходимость переориентировать фокус жалобы пациента в сторону большей адекватности и реалистичности ожиданий.

Второй этап — анализ психологической ситуации. Психолог определяет тему, с которой пришел пациент, как видит свою проблему (15–20 мин). Основное внимание психолога при этом направляется на следующие аспекты:

- 1) определение обстоятельств, патогенных условий и факторов, повлекших за собой возникновение проблемы, чтобы понять, какие адаптивные возможности клиента нужно актуализировать;
- 2) выявление участников проблемной ситуации, определение круга лиц, нуждающихся в психологической помощи, кто и какое влияние оказывает на клиента, в какой степени окружение готово к изменениям;
- 3) прогнозирование возможного развития ситуации. Психолог определяет, что знает клиент о возможности своих действий; что знает о своих целях; что знает о своих чувствах, о своих мыслях; как воспринимает свое собственное «Я».

Психолог определяет, что надо знать клиенту о содержании своего внутреннего мира, чтобы сделать его более мобильным, и повторяет основные моменты решаемой задачи. Повторение — важный принцип консультирования, позволяющий увидеть разные стороны проблемы. На этом этапе пациент эмоционально включается в ситуацию. Психолог может остановить рассказ, если проблема ясна, и вновь вернуться к определению проблемы, что позволит клиенту увидеть ее четче и уточнить свои позитивные возможности.

Третий этап — анализ психологических проблем. Здесь предполагается:

- 1) выдвижение первичных психологических гипотез (формирование установки на гибкость, альтернативность мышления, готовность отказаться от одной гипотезы в пользу другой);
- 2) идентификация психологических проблем и трудностей пациента, в том числе неосознаваемых им;
- 3) выдвижение психологических гипотез относительно характера и причин трудностей клиента, стоящих за особенностями поведения;