

ИСЦЕЛЕНИЕ ЛЮБОВЬЮ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
СОЗДАНИЕ, РАЗВИТИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

Практическое руководство

Казань 2023

УДК 614.21:616.8:159.922.7

ББК 51.1,21+57.336.1+88.7

П 86

Печатается по рекомендации Методического Совета Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Авторский коллектив:

Л.Г. Горохова, М.В. Белоусова, Л.О. Бодрова, И.А. Абдрашитова,
О.А. Антонова, Т.М. Камзолова, Э.А. Морозова, А.В. Макарчева,
Ю.В. Мишина, Л.А. Никонова, Т.В. Сенюхина, Н.В. Фуфлыгина, Н.А. Яхварова

Рецензенты:

Л.Р. Фахрутдинова – профессор кафедры общей психологии Института психологии и образования КФУ, доктор психологических наук, председатель татарстанского регионального отделения РПО;

В.Д. Менделевич – заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный университет» Минздрава России, директор Института исследований проблем психического здоровья, член Общественной палаты Республики Татарстан, профессор, д.м.н.

Горохова Л.Г., Белоусова М.В., Бодрова Л.О. [и др.].

П 86 Исцеление любовью. Психологическая служба в системе здравоохранения: создание, развитие и совершенствование. Практическое руководство / Л.Г. Горохова, М.В. Белоусова, Л.О. Бодрова [и др.]. – Казань: ИД «МеДДоК», 2023. – 156 с.

Практическое руководство обобщает 30-летний опыт работы психологического отделения на базе многопрофильного медицинского учреждения – государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»).

Практическое руководство представляет интерес для медицинских (клинических) психологов, врачей, психологов, работающих в системе здравоохранения, в сфере образования, социальной защиты, специалистов, занимающихся сохранением психического здоровья и помощью людям в трудных жизненных ситуациях.

© ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», 2023

© Коллектив авторов, 2023

© ООО «Издательский дом «МеДДоК», 2023

ISBN 978-5-907770-09-6

Оглавление

Предисловие.....	7
Введение.....	9
Теоретические основы.....	10
Универсальная модель психологического сопровождения лечебного процесса.....	12
Оказание экстренной психологической помощи.....	18
Психологическое сопровождение пациентов при оказании плановой медицинской помощи в стационарных условиях.....	20
Особенности психологического сопровождения лечебного процесса в работе мультидисциплинарной бригады.....	24
Психологическое сопровождение пациентов при оказании первичной медико-санитарной помощи.....	25
Психологическое сопровождение пациентов, попавших в трудную жизненную ситуацию.....	27
Организация психологической помощи детям и семьям, пострадавшим от боевых действий, детям и семьям мобилизованных.....	29
Психологическая помощь персоналу медицинской организации.....	31
Рекомендации по оказанию психологической помощи медицинскому персоналу с целью стабилизации психоэмоционального состояния при смерти ребенка или иной психогенной ситуации на работе.....	33
Особенности организации психологической помощи в условиях распространения коронавирусной инфекции (COVID-19).....	34
Средства, методы, подходы, техники и оборудование, используемые в работе медицинских (клинических) психологов.....	35
Особенности оказания психологической помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).....	38
Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку, если он проявляет агрессивность, психоэмоциональную нестабильность, сильный стресс.....	44
Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку, если он расторможен, мешает другим, часто капризничает, много плачет, не соблюдает правил поведения, конфликтен.....	45
Рекомендации по оказанию психологической помощи при выявлении в анамнезе у ребенка тяжелых стрессовых ситуаций, психотравм.....	47

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при наличии у него шрамов, порезов, следов от «странных» ожогов, синяков, неопределенных символов и надписей на теле	48
Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при страхе медицинских манипуляций, смерти, инвалидизации	49
Рекомендации по оказанию психологической помощи семье при тяжелом течении основного заболевания, остром состоянии.....	50
Рекомендации по оказанию психологического сопровождения семье при первичной госпитализации в реанимационное отделение	51
Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при отсутствии родителя/сопровождающего рядом	52
Рекомендации по психологическому сопровождению ребенка при выходе из коматозного состояния.....	53
Рекомендации при психологической работе с родителями при утрате ребенка	56
Рекомендации по оказанию психологической помощи семье и ребенку при постановке неизлечимого диагноза	59
Рекомендации по оказанию психологической помощи при постановке ребенку паллиативного статуса.....	61
Рекомендации по оказанию психологической помощи родителям при острой стрессовой реакции (ОСР).....	63
Рекомендации по оказанию психологической помощи сверхтревожному родителю	64
Рекомендации по оказанию психологической помощи родителю, который постоянно плачет	65
Рекомендации по оказанию психологической помощи родителям при несоблюдении ими реанимационного режима, нарушении правил поведения, конфликтности.....	66
Рекомендации по оказанию психологической помощи маме, если она хочет отказаться от ребенка	69
Рекомендации по психологической помощи родителям при дисфункциональном/сверхинтенсивном чувстве вины	70
Рекомендации по оказанию психологической помощи при неверии родителей в исцеление ребенка.....	71
Перспективы развития психологических служб в системе детского здравоохранения	72
Список литературы.....	73

Приложение 1. Организация экстренной психологической помощи детям (и их семьям) из школы № 175 г. Казани, пострадавшим в трагедии 11 мая 2021 года	77
Приложение 2. Описание проективной диагностически-коррекционной методики «Преодоление препятствий» (Л.Г. Горохова).....	83
Приложение 3. Методика «Архетипическая стена»: Опыт применения психологических феноменов в реабилитации в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»	89
Приложение 4. Комплекс направлений деятельности психологической службы	99
Приложение 5. Алгоритм психологического сопровождения лечебного процесса в работе мультидисциплинарной бригады	100
Приложение 6. Алгоритм индивидуальной консультации ребенка на этапе постановки сложного диагноза	101
Приложение 7. Алгоритм индивидуальной консультации ребенка на этапе психологического сопровождения лечебного процесса	103
Приложение 8. Алгоритм индивидуальной консультации членов семьи ребенка (подростка) на этапе постановки сложного диагноза (например, сахарный диабет 1-го типа)	105
Приложение 9. Алгоритм индивидуальной консультации членов семьи ребенка (подростка) с сахарным диабетом 1-го типа в кризисной ситуации	107
Приложение 10. Алгоритм проведения психологической консультации по внебюджетной деятельности медицинского учреждения.....	109
Приложение 11. Алгоритм экстренной психологической помощи в условиях приемного отделения детского медицинского учреждения.....	110
Приложение 12. Алгоритмы речевых модулей коммуникативных процессов для медицинского персонала. Модель поведения медицинского работника с законными представителями ребенка	112
Приложение 13. Алгоритм психологического сопровождения онкологического отделения	114
Приложение 14. Психологические рекомендации родителям, чьи дети проходят лечение в онкогематологическом отделении.....	115
Приложение 15. Психологические запросы при онкологических заболеваниях	117
Приложение 16. Алгоритм психологического сопровождения изоляционно-диагностического отделения	118

Приложение 17. Алгоритм психологического сопровождения в неврологическом отделении.....	119
Приложение 18. Алгоритм психологического сопровождения при кардиологических патологиях	120
Приложение 19. Алгоритм психологического сопровождения в отделении реабилитации.....	121
Приложение 20. Показания для психологической консультации	123
Приложение 21. Алгоритм сопровождения ребенка в ОРИТ	125
Приложение 22. Концепция развития психологической службы	126
Приложение 23. Организация психологических школ наставничества	127
Приложение 24. Организация психологических школ родительства.....	128
Авторские техники	129
Сведения об авторах.....	142

ПРЕДИСЛОВИЕ

В психологической помощи – в сочувствии и поддержке, в понимании и принятии, в поиске ресурсов и новых возможностей – люди нуждались на протяжении всей истории человечества. Однако только на стыке XIX–XX веков появилась необходимая научная и методологическая база, позволяющая успешно решать психологические проблемы. Научно-методический базис современной психологии продолжает развиваться и совершенствоваться, и одним из важнейших аспектов оказания психологической помощи является ее грамотно выстроенная организация и доступность для населения. Организация и четкое функционирование системы психологической помощи всем категориям населения является своевременным, востребованным и необходимым условием охраны психического здоровья нации.

Актуальность создания и развития психологической службы в системе здравоохранения обусловлена событиями, происходящими в мире. С каждым годом порог стрессоустойчивости населения снижается, обремененность соматическими и психическими расстройствами увеличивается, потребность в оказании психологической помощи возрастает. Растет число детей, страдающих психическими, невротическими, соматоформными расстройствами, увеличивается количество нуждающихся в психологической помощи в силу своей социальной, личностной, семейной неустойчивости – их число пополняется и за счет значительного числа беженцев, участников военных действий, лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Наряду с возрастающей потребностью населения в получении качественной, квалифицированной психологической помощи растет и потребность в кадрах – в медицинских (клинических) психологах. Главный специалист – эксперт по психотерапии Росздравнадзора МЗ и СР РФ, председатель Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН, доктор медицинских наук, профессор Борис Дмитриевич Карвасарский, создатель фундаментального учебника «Клиническая психология», изданного впервые в 2002 году, написал

в предисловии: «Пройден длинный путь от почти полного игнорирования психологических знаний и самой психологической науки в середине прошедшего XX века до признания клинического психолога в качестве необходимого партнера врача. Холистическое видение больного человека, получающее все больший отклик среди работников здравоохранения, ведет к реальному внедрению модели, которая любое заболевание и лечебный подход к нему проецируют одновременно в биологическую, психологическую и социальную плоскости. Интерес врачей к психологии, при «биологической» по преимуществу ориентации их подготовки, обусловлен все более убедительным диагностическим, лечебным и реабилитационным опытом последних лет, научными дискуссиями ведущих специалистов мира, рассматривающих психологию как дополнение к двум другим базисным медицинским наукам – патологической анатомии и патологической физиологии, развитие которых во многом определило формирование медицины и ее успехи. При более широком подходе к заболеванию и лечению обнаруживаются дополнительные ресурсы, предоставляемые психологией».

Появление в 1993 году первого в России психологического отделения в многопрофильном медицинском учреждении – государственном автономном учреждении здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее – ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ») – уникальное событие в здравоохранении всей нашей страны, ибо в тот период медицинские (клинические) психологи работали только в психиатрических стационарах.

Впервые в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» была создана служба для психологического сопровождения лечебного процесса непсихиатрического профиля, внедрен комплексный и системный подход в организацию психологической помощи населению, выстроена система междисциплинарного взаимодействия между клиническим психологом, врачом отделения и медицинским персоналом, разработаны технологии психологической помощи в соответствии со спецификой актуального запроса и состояния пациента стационара и его семьи.

30-летний опыт успешной работы психологического отделения на базе многопрофильной детской больницы представлен в данном практическом руководстве.

ВВЕДЕНИЕ

Цель создания и развития психологической службы в системе детского здравоохранения — сохранение и восстановление психологического здоровья пациентов.

Задачи деятельности медицинских (клинических) психологов в системе детского здравоохранения:

- оценка психического состояния ребенка и его семьи (в рамках экспресс-оценки и/или расширенной диагностики);
- разработка мультидисциплинарного проекта сопровождения ребенка и семьи на основании диагноза, течения заболевания и дальнейшего прогноза;
- оказание психологической помощи пациентам и их родственникам;
- выявление, сохранение и мобилизация внутренних ресурсов ребенка;
- организация и мобилизация резервов внешнего окружения ребенка;
- работа с внутренней картиной заболевания у ребенка и его семьи;
- повышение адаптивных способностей ребенка, выработка новых, конструктивных способов его взаимодействия со средой (новые способы поведения, самосознания и т. д.);
- оказание психологической помощи медицинскому персоналу клиники по актуальным психологическим запросам;
- психологическое просвещение родителей и членов семьи ребенка с целью повышения их уровня психологической грамотности и оптимального включения в терапевтический и реабилитационный процесс;
- личностный рост медицинских (клинических) психологов, непрерывное самообразование с освоением новых эффективных технологий психологической коррекции и совершенствованием навыков и умений в оказании психологической помощи детям и их родителям;
- психопрофилактическая работа со здоровыми людьми, направленная на сохранение их психического здоровья и повышение уровня духовности (проведение тематических групп развития: работа с семьей, подростковые группы, работа с родителями и т. д.).

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Научно-методическим фундаментом для построения алгоритмов эффективного психологического сопровождения лечебного процесса являются:

- базовые методологические принципы общепсихологической теории, разработанные А.Н. Леонтьевым, С.Л. Рубинштейном, П.Я. Гальпериным, А.Р. Лурия и др.;
- концепции психического развития, созданные Л.С. Выготским, Л.И. Божович, Д.Б. Элькониным, А.В. Запорожцем, В.В. Давыдовым и др. Основные положения этих теорий зафиксированы в категориальном аппарате и объяснительных принципах психологии (принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип развития, принцип единства сознания и деятельности);
- научные труды основоположников общей, клинической и возрастной психологии, психотерапии и патопсихологии, нейропсихологии, кризисной, социальной, специальной и педагогической психологии, в числе которых:
- труды И.П. Павлова по формированию условного рефлекса, ставшие научной основой направления «бихевиоризм» и ряда поведенческих подходов в терапии;
- труды Н.Н. Ланге – основоположника экспериментальной психологии, занимавшегося изучением ощущения, восприятия, внимания;
- труды В.М. Бехтерева – психиатра, невролога, физиолога, психолога, основоположника патопсихологического направления в России;
- концепции представителей Вюрцбургской школы (К. Марбе, К. Бюлер, Н. Ах), изучавших процессы мышления, заложивших основу для современной когнитивной психологии;
- труды основоположников психоаналитического направления (А. Адлер, Э. Эриксон, К. Юнг, Л. Сонди, Э. Фромм, К. Хорни);
- концепции основоположников гештальтпсихологии (М. Вертгеймер, К. Коффке, В. Кёлер) и гештальт-терапии (Ф. Перлз);

- работы основоположников бихевиоризма (Д. Уотсон, Б. Скиннер, А. Бандура);
- труды представителей когнитивной психологии (Д. Миллер, Д. Брунер, У. Найссер, Г. Саймон, А. Ньюэлл, К. Прибрам, Б. Величковский);
- труды основоположников гуманистического направления (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт, В. Франкл, Р. Мэй, М. Ярошевский, И. Ялом);
- труды основоположников детской и возрастной психологии (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, Э. Эриксон, Д. Эльконин, А. Бене);
- работы А.Р. Лурия, ставшие основой для развития нейропсихологии;
- работы основоположников деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев, Д.М. Рубинштейн);
- концепции исследования сознания (В.М. Мясищев, П.К. Анохин);
- труды по клинической и семейной психологии и психотерапии (Б.Д. Карварсарский, В.Д. Менделевич, Э.Г. Эйдемиллер);
- теории акцентуации личности (К. Леонард, А. Личко), факторные теории личности (Г. Айзенк и Р. Кеттел);
- теории стресса (Г. Селье) и копинг-стилей (Р. Лазарус), теории ресурсного подхода и позитивной психологии (М. Селигман, Э. Фрайденберг);
- работы по процессам психологии переживания (Ф.Е. Василюк, Л.Р. Фахрутдинова), работы по психологии состояний (А.О. Прохоров);
- труды основоположников нейролингвистического программирования (Р. Бендлер, Д. Гриндлер);
- труды многих других научных и практических деятелей современной психологии.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Вызовы времени и современные запросы общества подтверждают актуальность, востребованность и необходимость развития психологических служб в системе здравоохранения Российской Федерации. Одним из результативных способов интеграции психологической службы в деятельность многопрофильного медицинского стационара является создание модели психологического сопровождения лечебного процесса. Эффективность данной модели доказана нашим 30-летним успешным опытом ее применения, что позволяет нам рекомендовать ее к внедрению в различных медицинских организациях.

Специфическая особенность психологического отделения многопрофильной клиники заключается в отсутствии закрепленного коечного фонда. Это позволяет выстроить гибкую логистику психологического сопровождения пациентов на всех уровнях организации лечебного процесса. Модель сопровождения лечебного процесса заключается в многоуровневых алгоритмах и в структурировании психологической помощи, распределенных по следующим направлениям:

- экстренная психологическая помощь;
- плановая стационарная психологическая помощь;
- амбулаторно-поликлиническая психологическая помощь;
- психологическое сопровождение пациентов, попавших в трудную жизненную ситуацию;
- психологическая помощь персоналу медицинских организаций;
- профилактическая и просветительская деятельность;
- научно-практическая деятельность;
- непрерывное повышение профессиональных навыков и умений, личностный рост специалиста.

Экстренная психологическая помощь заключается в сопровождении пациентов в приемном отделении, при телефонном разговоре с врачом (*cito*), во внеочередном консультировании

пациентов и членов их семей. Введенное в практику участие медицинского (клинического) психолога в ежедневных утренних рапортах дает дополнительную возможность не только оперативно выявлять нуждающихся в психологической помощи, что способствует своевременному распределению пациентов с учетом степени срочности, но и позволяет психологу быть информированным в динамике состояния курируемых пациентов.

Плановая стационарная психологическая помощь реализуется при получении заявки от врачей отделений и в случаях самовыявления. В условиях стационара осуществляется психологическое сопровождение пациентов соматических и хирургических отделений. Обязательной курации подлежат пациенты реанимационных отделений и члены их семей – внедрение технологии «открытая реанимация» позволяет родителям находиться рядом с больным ребенком.

Амбулаторно-поликлиническая психологическая помощь осуществляется в отделении восстановительного лечения и развития, в центре детской онкологии, гематологии и хирургии, в дневном стационаре, в республиканском центре легочной гипертензии, в центре муковисцидоза, в центре липидологии, в центре здоровья для детей, в консультативных поликлиниках и т. д.

Психологическое сопровождение пациентов, попавших в трудную жизненную ситуацию, может осуществляться через проведение групповых практикумов на территории клиники, в рамках оказания психологической поддержки детей и семей мобилизованных, а также включает работу консультативных «школ родительства». Особое внимание уделяется психологическому сопровождению семьи при утрате ребенка, психологическому сопровождению детей и их семей, оказавшихся жертвами террористических актов (например, при трагедии в школе № 175 г. Казани – см. приложение 1).

Психологическая помощь персоналу медицинских организаций осуществляется путем индивидуального консультирования, психологического сопровождения детей сотрудников, психологического обучения сотрудников, проведения тематических групповых тренингов, семинаров и т. д.

В структуру психологической службы медицинских организаций целесообразно вводить должность психолога для работы

с медицинским персоналом, освобожденного от участия в лечебном процессе, что позволит ему систематически «держат руку на пульсе» в направлении профилактики эмоционального выгорания сотрудников, способствовать превенции конфликтов, повышать стрессоустойчивость персонала.

Профилактическая и просветительская деятельность включает проведение тематических занятий по профилактике нарушений психического и психологического здоровья для детей и родителей, разработку буклетов, брошюр, памяток для пациентов, публикации рекомендаций в СМИ и т. д.

Научно-практическая деятельность предполагает организацию и проведение конференций, семинаров, круглых столов, тренингов, вебинаров с целью обмена опытом; важна организация межведомственного сотрудничества и внутриведомственного взаимодействия.

Обязательным условием эффективной и продолжительной работы сотрудников является возможность обеспечить им **личностный и профессиональный рост**. Важно включать в работу супервизорскую деятельность, коучинг и участие в волонтерских проектах, поддерживать непрерывное профессиональное самосовершенствование и развитие внутриличностного потенциала каждого сотрудника.

Работа психолога в междисциплинарной команде, возможность всестороннего обсуждения конкретного клинического случая способствуют построению более продуктивного и четкого взаимодействия с медперсоналом и позволяют, при необходимости, проводить групповые супервизии по заявленному случаю с профессиональными интервенциями, которые необходимы для личностного роста каждого специалиста и для эволюционного развития психологического отделения в целом.

Многопрофильная больница, в которой работают медицинские психологи, является школой наставничества и площадкой для стажировки начинающих специалистов. Медицинские психологи клиники, распространяя свой положительный опыт работы, выступают в качестве наставников для своих коллег, обучая их актуальным методикам психологической помощи, адаптированным психотерапевтическим и психокоррекционным технологиям. Внедренная система наставничества позволяет медицинским

(клиническим) психологам приобретать опыт оказания экстренной психологической помощи, экологично работать с семьями «уходящих» детей, сопровождая их на всех этапах переживания горя и утраты.

Слаженная командная работа высококвалифицированных медицинских (клинических) психологов базируется на создании и развитии системы ротации кадров – взаимозаменяемости коллег по различным направлениям психологической специализации, что реально повышает уровень компетенции каждого сотрудника, со временем делая его универсальным специалистом. Слаженность командной работы и согласованность действий персонала особенно важны при возникновении острых кризисных ситуаций (см. приложение 1).

Деятельность специалистов психологического отделения реализуется с учетом биопсихосоциального подхода. Этот подход подразумевает, что в возникновении и развитии болезни или расстройства важно оценивать роль не только биологических (генетических, анатомических, физиологических и др.) нарушений, но и психологических факторов (особенностей психической деятельности и поведения пациента, его внутренней картины болезни) и социальных влияний (социально-экономических факторов, влияния социального окружения, особенностей семейной системы). Такой подход, с учетом «ресурсности» или «дефицитарности» биологических, психологических и социальных факторов в каждом конкретном клиническом случае, позволяет прогнозировать реабилитационный потенциал ребенка и его семьи и использовать его с максимально возможной пользой для пациента.

Успешность деятельности медицинских (клинических) психологов зависит от материально-технической базы клиники: специалисты должны иметь возможность пользоваться качественным инструментарием для своей работы (сенсорные комнаты, интерактивные модули, нейрообручи, приборы биологической обратной связи, SoundBeam и т. д.) Укомплектованность психологической лаборатории психодиагностическими и коррекционными материалами позволяет специалистам применять научно обоснованные и высокоэффективные методы психологической помощи, адаптированные к специфике детства, и использовать в своей практической деятельности классические и инновационные психологические технологии.

В связи с возросшей необходимостью постоянного взаимодействия медицинских (клинических) психологов Министерства здравоохранения целесообразно создать внутриведомственную площадку (чат) для профессиональных контактов. Это позволит оперативно решать внутриведомственные профессиональные задачи и обсуждать согласованность действий при возникновении неотложных или важных вопросов.

Предлагаем рассмотреть модель психологического сопровождения пациента, представленную в виде алгоритма (рис.1).

Общий алгоритм сопровождения лечебного процесса медицинской психологии

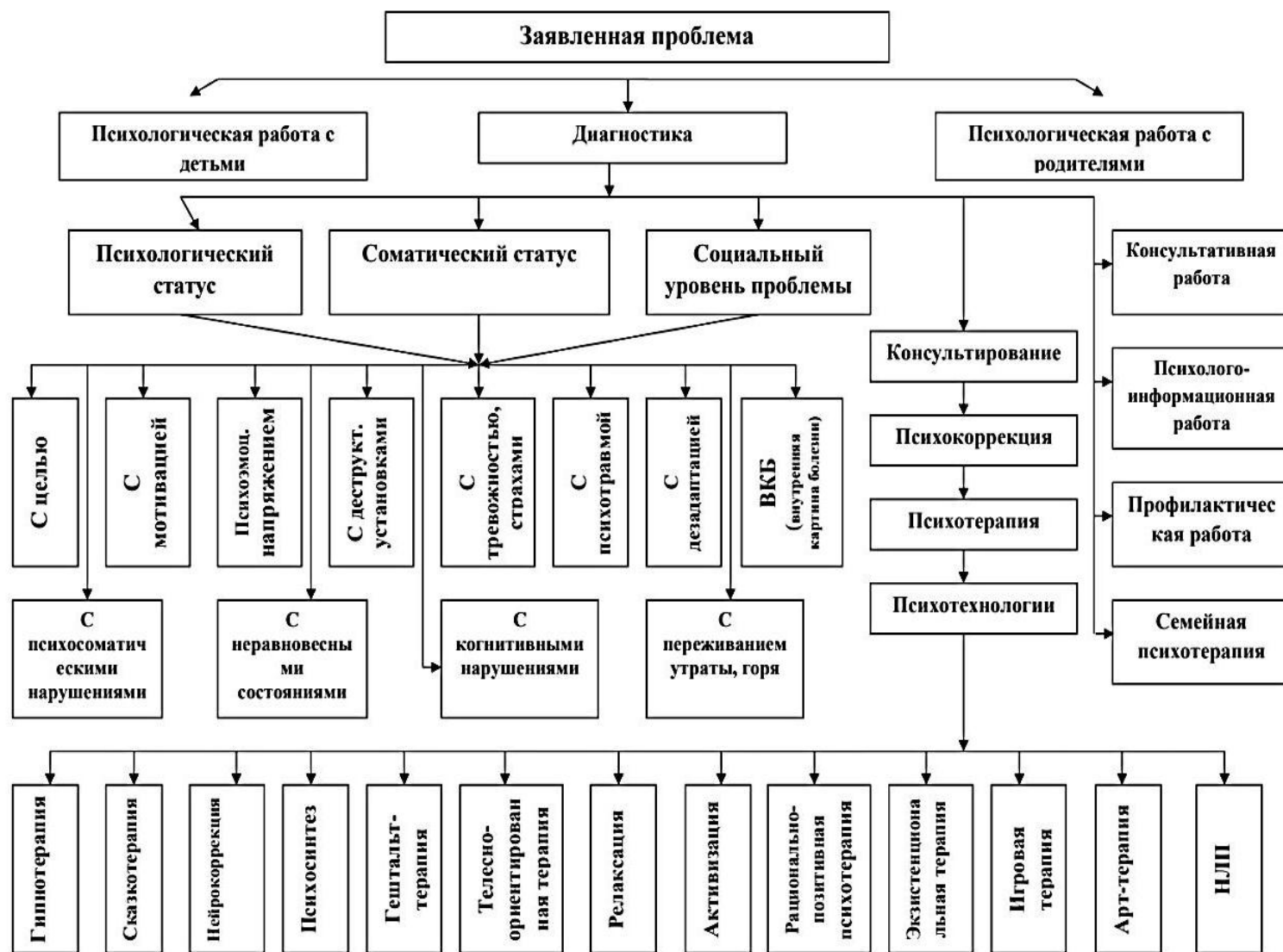


Рис. 1. Общий алгоритм психологического сопровождения лечебного процесса

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Первым направлением деятельности медицинских (клинических) психологов является оказание экстренной психологической помощи.

Оказание экстренной психологической помощи необходимо в случаях дорожно-транспортных происшествий, последствий взрывов, пожаров, утоплений, террористических актов, тяжелых травм или при угрозах летального исхода, кризисных случаях, изнасиловании, избиении, незавершенном суициде и т. д., а также в других случаях дезорганизации психики пациента или сопровождающих его лиц, возникших как реакция на стрессовое событие.

Наличие острых переживаний при чрезвычайных ситуациях, безусловно, подразумевает необходимость психологического сопровождения пациентов для улучшения процесса лечения и профилактики психических расстройств после травм.

В системе детского здравоохранения Российской Федерации впервые были разработаны алгоритмы оказания экстренной психологической помощи, внедренные в практическую деятельность психологического отделения и клиники (см. приложения).

Экстренный вызов в приемное отделение: медицинский (клинический) психолог уточняет информацию для того, чтобы в приемном отделении бригаду скорой медицинской помощи ожидало необходимое количество специалистов. Апеллируя к собственному опыту, считаем целесообразным сообщать о нуждаемости пациента (и сопровождающих его лиц) в экстренной психологической помощи уже на этапе его транспортировки в медицинское учреждение бригадой скорой помощи. При экстренном вызове временной регламент прибытия психолога составляет не более 5 минут.

Вызов по звонку врача (cito). Данный вид оказания экстренной психологической помощи необходим в случаях оперативного реагирования на изменение психологического состояния пациентов и/или лиц, сопровождающих его. Врач запрашивает срочную консультацию психолога: при обнаружении у пациента и/или лиц,

сопровождающих его, неустойчивого, неуравновешенного психического состояния, не вполне адекватного поведения, дисфункциональных, дезорганизующих психическую деятельность эмоций, при наличии тяжелых стрессовых реакций на заболевание, на предшествующие или предстоящие медицинские вмешательства, при наличии иных признаков, негативно влияющих или нарушающих процесс лечения пациента. При звонке от врача (cito) временной регламент прибытия психолога составляет 10 минут.

Настоятельно рекомендуем введение в практику детского здравоохранения Российской Федерации **участие медицинского (клинического) психолога в ежедневных утренних рапортах, организуемых руководством больницы**. Данная практика позволяет оперативно реагировать и своевременно оказывать экстренную психологическую помощь пациентам в условиях многопрофильной медицинской организации. Временной регламент выполнения заявки от дежурных врачей после утреннего рапорта составляет 60 минут.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

На этапах стационарного лечения ребенка психологическая помощь пациентам оказывается по направлению лечащего врача, в случаях самообращения пациента, а также в случаях совместного обхода врачей и медицинских (клинических) психологов во всех структурных подразделениях и отделениях стационарного лечения в больнице.

Разработанные алгоритмы психологического сопровождения пациентов в многопрофильной больнице внедрены в лечебный процесс медицинских организаций региона в виде специальных регламентов и стандартных операционных процедур (СОП). Данные документы рекомендованы для использования всеми медицинскими (клиническими) психологами, работающими в системе здравоохранения Республики Татарстан (см. приложения).

Высокую клиническую эффективность показала разработка и внедрение практики реанимаций «открытого типа», суть которой заключается в обязательном круглосуточном пребывании родителей вместе с ребенком при его нахождении в реанимации. Данная практика позволяет подключать к ребенку ресурсы семьи и оказывать комплексную психологическую поддержку всем членам семейной системы для ускорения процесса выздоровления ребенка. Замечено, что данная практика существенно снижает уровень психоэмоциональной нагрузки врачей и медперсонала.

Медицинским (клиническим) психологам рекомендуется:

- совершать ежедневные обходы реанимационных отделений с целью мониторингования текущего психоэмоционального статуса детей и членов их семей;
- проводить консультативные беседы с родителями по психологическим аспектам сопровождения детей в реанимации;

- проводить ресурсно-ориентированные консультации для снятия психоэмоционального напряжения, включения резервных психических ресурсов и конструктивных копинг-стратегий;
- проводить кризисные интервизии родителей при угрозе летального исхода.

Особенностью психологического сопровождения пациентов в период их лечения **в онкоцентре** является обеспечение оптимальной адаптации, восстановление и сохранение качества жизни. Обеспечение адаптации пациента и его семьи к факту наличия онкологического заболевания, к его лечению и реабилитации является неотъемлемой частью работы медицинских (клинических) психологов. Психологическая помощь, оказываемая для восстановления и сохранения качества жизни пациентов, зависит от диагноза, тяжести состояния, особенностей течения заболевания, специфики оказания медицинской помощи и реабилитационного прогноза. Психологический настрой ребенка и его семьи, их готовность объединиться с врачами в борьбе с болезнью, готовность бороться за каждый день, месяц и год жизни являются важными факторами, влияющими на качество жизни семьи и, подчас, на исход заболевания. Для повышения качества жизни пациентов, оптимизации лечебно-реабилитационного процесса, улучшения социально-психологической адаптивности детей и членов их семей используются SoundBeam, сенсорные комнаты, упражнения психодрамы, музыкотерапия, терапия мандалами и метафорическими образами и т. д.

Особенностью работы с пациентами с онкологической патологией является то, что психологическую помощь медицинский (клинический) психолог оказывает около кровати пациента. Лечение и сопровождение ребенка и его семьи может занимать до 7 месяцев, а вариативность встреч и их регламент зависят от актуального состояния ребенка и результатов его анализов. Иногда приходится прерывать психологическую работу, так как ребенок может стать недоступным контакту (например, при перемещении его в «чистые палаты»). В этом случае работа продолжится с сопровождающими его лицами (родителями, законными представителями). Одной из особенностей психологической работы в онкоцентре является не только внезапность ухудшения состояния, но и внезапность «ухода» ребенка. В деятельность психологов внедрен алгоритм работы с

семьей «ушедшего» ребенка, начиная с момента прощания и до необходимого по времени психологического сопровождения семьи (см. приложения).

Для работы с родителями пациентов в онкологических отделениях применяются организуемые и проводимые медицинскими психологами школы родительства. На занятиях используются авторские техники игротерапии для родителей, проводятся семинары и релаксационные, музыкальные и телесно-ориентированные занятия с целью активизации ресурсного состояния у родителей для поддержки и помощи ребенку в процессе выздоровления. Данные мероприятия помогают сохранить целостность семьи, способствуют уменьшению стресса и снятию напряжения, помогают решать внутрисемейные конфликты, укрепляя внутрисемейную сплоченность, увеличивают реабилитационный потенциал семьи, выстраивают позитивный, здоровый «образ ребенка» в сознании родителей.

Разработанный алгоритм сопровождения пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, внедренный с использованием технологий психотерапевтического профиля, позволил оказывать психологическую помощь пациентам и их семьям при возникновении коморбидных состояний: расстройств пищевого поведения, расстройств патопсихологического спектра и дезорганизации психической деятельности вследствие психоэмоционального истощения и эмоционального выгорания. Использование данного алгоритма привело к заметному улучшению показателей самочувствия и комплаенса (см. приложения).

Одной из важных задач медицинских (клинических) психологов является оказание своевременной психологической помощи с целью превенции рисков развития психопатологии. В группе риска по возникновению психологических и патопсихологических расстройств находится категория пациентов из отделения трансплантологии гемопоэтических стволовых клеток (в связи с особенностями и тяжестью их основного заболевания и специфики нахождения в изоляции). В подобных случаях психолог работает «за стеклом», ввиду нахождения ребенка в стерильном боксе. Среди проблем, с которыми сталкиваются эти пациенты, можно выделить адаптацию к новому отделению, страх изолированности, замкнутого пространства, адаптацию к более жестким условиям проживания, минимализм в

отделении, в палате – в отношении вещей и игрушек, минимальное общение с окружающим миром. Хорошо зарекомендовали себя технологии терапевтической беседы, дыхательные гимнастики, танцевальная терапия, сказкотерапия, музыкотерапия, психологические метафорические карты. В нашу практику работы с такими пациентами внедрены психотехнологии «Театр за стеклом» и «Психоэмоциональная гимнастика за стеклом», предназначенные для снятия напряжения, уменьшения симптомов стресса, нахождения новых ресурсов, обретения гармонии и мотивационного настроения на исцеление.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В РАБОТЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ

Участие медицинского психолога в мультидисциплинарных бригадах и консилиумах нередко является необходимым элементом повышения качества оказания медицинской помощи. Использование алгоритма психологического сопровождения лечебного процесса в работе мультидисциплинарной бригады позволяет оптимизировать процесс оказания психологической помощи, решить проблемы междисциплинарного взаимодействия и ускорить реализацию психологической помощи пациентам.

Алгоритм психологического сопровождения лечебного процесса в работе мультидисциплинарной бригады включает в себя 3 этапа.

Первый этап: сопряжен с диагностикой психического состояния ребенка и его семьи, и последующей разработкой мультидисциплинарного проекта его абилитации или реабилитации.

Второй этап: направлен на повышение адаптивных способностей ребенка и его семьи.

Третий этап: ориентирован на повышение адаптивных способностей с выработкой новых способов взаимодействия со средой (новые способы поведения, реконструкция интеллектуально-личностной сферы, самосознания, совладающих механизмов).

Последовательность действий при осуществлении всех этапов алгоритма психологического сопровождения лечебного процесса представлена в таблице (см. рис. 1).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Медицинские (клинические) психологи осуществляют психологическое сопровождение пациентов в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Этот формат работы становится все более востребованным населением. Запросы родителей включают: эмоциональную поддержку ребенка, изучение его личностных особенностей, влияющих на внутреннюю картину болезни; помощь в преодолении им стрессов; желание улучшить его качество жизни, изменившееся под влиянием заболевания.

Особенность работы медицинского (клинического) психолога заключается в системном подходе с привлечением родителей. В ходе работы психологи помогают родителям в разработке и реализации программ, направленных на восстановление и развитие различных сенсорных систем (зрительной стимуляции, слухового восприятия, обоняния, развитию ощущений с помощью сенсорной интеграции и сенсорного оборудования), и программ, нацеленных на развитие высших психических функций (внимание, память, мышление, речь, воображение), коммуникацию, поведение и социальное взаимодействие. Использование соответствующего инструментария позволяет психологу не только проводить диагностические и коррекционные занятия, но и прогнозировать возможные риски ухудшения психологического здоровья и работать на их превенцию.

Психологическое сопровождение пациентов **в условиях паллиативного отделения** обусловлено необходимостью поддержания качества жизни семьи и обеспечения возможности нахождения семьи рядом с ребенком. В соответствии с запросом медицинские психологи работают с родителями по улучшению навыков общения и взаимодействия с ребенком, по отработке способов выражения поддержки и безусловной любви. Медицинские психологи проводят глубинные кризисные интервенции, работу со

страхами, с деструктивными эмоциональными состояниями членов семьи, осуществляют психологическое сопровождение, направленное на улучшение адаптации к заболеванию и повышение качества жизни.

В современных условиях необходимость введения в штат медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, должности медицинских (клинических) психологов в полной мере оправдана. Благодаря включению должностей медицинских (клинических) психологов в штатное расписание амбулаторно-поликлинических организаций у населения, особенно у подростков, появляется доступ к получению квалифицированной психологической помощи, в том числе – при возникновении трудных жизненных ситуаций.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ

Внедренная в практическую деятельность многопрофильного стационара модель оказания психологической помощи позволяет своевременно осуществлять помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, и их семьям.

Данная модель предусматривает мультидисциплинарное взаимодействие всех специалистов, работающих с ребенком, и позволяет оказывать высококачественную психологическую помощь по всем аспектам жизнедеятельности ребенка и его семьи, способствуя решению глубинных и текущих проблем, улучшению качества их жизни. По каждому конкретному случаю медицинский (клинический) психолог разрабатывает индивидуальную программу сопровождения ребенка и семьи. При необходимости к оказанию помощи данной семье привлекаются специалисты мультидисциплинарной бригады (психиатры, семейные психотерапевты).

Разработана модель психологического ведения семьи в случае утраты ребенка, которая реализуется медицинским (клиническим) психологом с учетом особенностей конкретного клинического случая, состояния семьи (ее ожиданий и ресурсов) и степени нуждаемости в длительном сопровождении (см. приложения). Проживание горя сопровождается медицинским (клиническим) психологом и специалистом из реанимационного отделения весь период нахождения в медицинской организации и в дальнейшем – в течение индивидуально необходимого для этой семьи времени. Психолог, сопровождающий данную семью, работает как в режиме очного взаимодействия, так и дистанционно (для иногородних), в режиме консультирования онлайн, после отъезда родителей из стационара, что позволяет оказывать качественную, последовательную и непрерывную психологическую помощь семье. Это важно для ресурсосбережения семьи и профилактики деструктивных способов реагирования на утрату.

Деятельность медицинских (клинических) психологов может осуществляться также в виде организации и проведения групповых практикумов на основании авторских психотехнологий, адаптируемых к специфике запроса и разрабатываемых в каждом случае индивидуально.

Групповой формат занятий эффективен:

- в консультативных «школах родительства»;
- в благотворительной семейной гостинице при больнице;
- при сопровождении семьи при утрате ребенка (объединение в малые группы родителей, находящихся в подобной ситуации);
- при психологическом сопровождении детей семей мобилизованных;
- при психологическом сопровождении детей и их семей после террористических актов.

В зависимости от целевой аудитории «школы родительства» можно проводить в виде просветительских семинаров, занятий с элементами релаксаций и аутогенными тренировками, игротерапии, музыкотерапии, социально-психологических тренингов, тренингов личностных навыков и тренингов детско-родительских отношений. Направления тематических консультативных «школ родительства» ориентированы на формат групповой психологической помощи и постоянно актуализируются.

В «Школе мам», предназначенной для женщин, чьи дети пребывают в отделениях патологии и реанимации новорожденных, хорошо зарекомендовал себя новый формат ведения этой группы пациентов – с использованием сенсорных комнат, нейрообручей и оборудования музыкотерапии. Данное оборудование и технологии способны быстро оказывать целебное релаксационное воздействие на организм, нивелировать психоэмоциональное напряжение, получать доступ к ресурсам психики, что способствует гармонизации состояния мамы и новорожденного.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И СЕМЬЯМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ДЕТЯМ И СЕМЬЯМ МОБИЛИЗОВАННЫХ

Участники боевых действий, люди, испытывавшие тяжелые стрессы, сопряженные с угрозой для жизни, бывают подвержены возникновению посттравматических стрессовых расстройств, которые существенно отражаются на жизни самого пациента и членов его семьи.

Разработка и реализация комплексной программы социальной реабилитации и психолого-педагогической помощи детям и семьям, пострадавшим от боевых действий, детям и семьям мобилизованных способствует повышению качества оказываемой им помощи. Состав рабочей группы включает: врачей-педиатров, медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, юристов, специалистов по социальной работе. Всем участникам программы предоставляется психологическая, психотерапевтическая, медицинская помощь, возможность посещать мастер-классы, культурно-досуговые мероприятия, проходить комплексную медицинскую реабилитацию.

Основные задачи программы:

- обеспечение медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации детей и подростков из семей бойцов, мобилизованных из Республики Татарстан, а также детей, находившихся в зоне боевых действий;
- создание для ребенка безопасной среды;
- восстановление и поддержание актуального физического и психического здоровья ребенка;
- профилактика развития психических расстройств на отдаленных этапах;
- развитие и восстановление утраченных или дисфункциональных мотивационных и эмоциональных ресурсов личности;
- восстановление навыков взаимодействия с окружающими и решения проблем, обеспечивающих интеграцию ребенка в обществе.

При оказании психологической помощи семьям мобилизованных основным вектором работы является повышение ресурсности ребенка и его семьи. Создание образа «Ребенка Героя», базирующегося на высоких морально-нравственных ценностях, помогает выстроить позитивный уровень идентичности, что становится важной опорой для ребенка и его семьи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПЕРСОНАЛУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Деятельность медицинского (клинического) психолога важна и востребована для оказания психологической помощи самим медицинским работникам, ибо в своей профессиональной деятельности они часто испытывают психическое напряжение, стрессы и длительные психологические перегрузки.

Работа в современных медицинских организациях сопряжена с обоснованным риском, большой ответственностью и высокой неопределенностью в достижении целей. Эти вызовы диктуют необходимость быстрой адаптации к новым условиям, что приводит к психологическим изменениям, не в полной мере осознаваемым врачами и средним медицинским персоналом, оказывающим негативное влияние на психическое здоровье, работоспособность и, как следствие, на качество лечебного процесса.

Задачей психологического сопровождения деятельности медицинской организации является обеспечение условий для стабилизации и улучшения психоэмоционального состояния отдельных работников и коллектива в целом.

Важным является повышение общей психологической грамотности медицинского персонала, проведение занятий, посвященных психологическим аспектам течения различных заболеваний, особенностям поведения пациентов, тревогам и переживаниям его родных и близких.

Успешность модели психологической помощи работникам медицинских организаций заключается в выделении отдельной психологической службы, которая занимается только сопровождением медицинского персонала, введение дистанционного (онлайн) формата консультаций, позволяющего любому сотруднику получить необходимую ему психологическую помощь.

Рекомендуется регулярно информировать сотрудников о доступности им психологической помощи с размещением номеров телефонов, с предоставлением сведений, контактов и иной информации о психологической помощи, которую они могут получить удаленно с помощью телефонной или видеосвязи.

С целью профилактики эмоционального выгорания у работников медицинских организаций рекомендуется организовывать и проводить лекции по стресс-менеджменту и саморегуляции, проводить индивидуальные и групповые психологические консультации (в том числе – в дистанционной форме), беседы, тренинги и иные мероприятия по тематике освоения стратегий совладания со стрессом, а также занятия по обучению методам релаксации.

Нами используется проективная диагностико-коррекционная методика «Преодоление препятствий» (см. приложение 2), которая помогает решить следующие задачи:

- осознание своих проблемных зон в конкретной ситуации;
- осознание своих ведущих копинг-стратегий;
- актуализация имеющихся ресурсов личности и их осознание;
- моделирование и раскрытие нового ресурсного потенциала личности;
- создание условий для самораскрытия;
- стимулирование рефлексии;
- развитие нового опыта самоощущения и самораскрытия.

Широко практикуется проведение целевых тренинговых программ, направленных на развитие навыков адаптации к рабочим ситуациям, на развитие коммуникативных навыков, на осмысление экзистенциальных проблем, актуализирующихся в процессе работы. Эффективны балинтовские группы, работа в которых строится на продуктивном обсуждении психологически проблемных рабочих ситуаций и поддержке коллег.

Рекомендуется обучение работников медицинской организации по распознаванию признаков эмоционального выгорания и дистресса у медицинского, технического и обслуживающего персонала. Важно обращать внимание на такие симптомы, как: необоснованная и неадекватная высокая тревожность, повышенная и плохо организованная активность или подавленность, раздражение от мыслей о работе, неспособность расслабиться, переключиться, негативная оценка своего поведения, настроения, самочувствия, своей работы и профессиональных достижений. Также важно обучение персонала по обнаружению аналогичных признаков у пациентов и членов их семей.

Для поддержания психологического здоровья и повышения стрессоустойчивости персонала рекомендуется предоставлять медицинским работникам различные материалы и рекомендации по самоподдержке и самопомощи (в формате обучающих видео, памяток, брошюр).

С целью превенции эмоционально напряженных отношений и конфликтных ситуаций среди врачей, работающих в одной смене, в одном коллективе рекомендуется организовать психологическое сопровождение командной работы, а по запросам руководства медицинской организации – проводить психологическую диагностику и коррекцию взаимоотношений внутри коллектива.

Рекомендации по оказанию психологической помощи медицинскому персоналу с целью стабилизации психоэмоционального состояния при смерти ребенка или иной психогенной ситуации на работе

Медицинскому персоналу реанимационного отделения приходится ежедневно сталкиваться с различными психологически тяжелыми ситуациями, которые могут отражаться на их эмоциональном состоянии, самочувствии и работоспособности.

Эти ситуации могут быть связаны со смертью пациента, с тягостным, неадекватным поведением ребенка в отделении, со стрессовыми ситуациями с родителями.

Цель психологического сопровождения: улучшение самочувствия медицинского работника и стабилизация его психоэмоционального фона.

Задачи психолога:

- после смерти пациента или иной психогенной ситуации в реанимационном отделении спросить сотрудников об их самочувствии;
- при необходимости провести консультативную беседу, с целью оказания поддержки и отреагирования эмоций в стабильном безопасном пространстве, гармонизация самочувствия;
- при необходимости – проведение краткосрочной интервенции и назначение повторной консультации.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Согласно Методическим рекомендациям, в которых описаны особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей (Версия 2, 2020 г., Министерство здравоохранения Российской Федерации), психологическое консультирование необходимо для быстрого выздоровления.

Для всех госпитализированных пациентов, особенно с проявлениями фобий, тревожности, невротических расстройств, показана активная психологическая поддержка и лечение.

Психологические расстройства ассоциированы не столько с воздействием самой инфекции, сколько с реакцией ребенка на ситуацию госпитализации в связи с заболеванием коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Успешной практикой психологической помощи пациентам, их семьям и медицинскому персоналу является комплект специальных психологических методических видеороликов, записанных и составленных медицинскими психологами и внедренных в лечебный процесс. В данных видеороликах представлены обучающие технологии и рекомендации по саморегуляции своего состояния, по способам снятия стресса, панических атак, психоэмоционального напряжения, приведены упражнения для укрепления здоровья, релаксации и гармонизации психической деятельности. Данные материалы предназначены для различного контингента – для врачей, для пациентов дошкольного и младшего школьного возраста, для подростков, для их родителей.

СРЕДСТВА, МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ, ТЕХНИКИ И ОБОРУДОВАНИЕ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ (КЛИНИЧЕСКИХ) ПСИХОЛОГОВ

Для улучшения качества оказываемой психологической помощи рекомендуется проводить занятия с использованием **сенсорного оборудования**, во время которых нервная система ребенка получает информацию от рецепторов всех органов чувств (осязание, вестибулярный аппарат, ощущение тела или проприоцепция, обоняние, зрение, слух, вкус). В процессе сенсорной интеграции получаемая информация интерпретируется в коре головного мозга, а ощущения ребенка могут использоваться в последующей целенаправленной деятельности и в его развитии. Для работы с мамами из отделений патологии и реанимации новорожденных в рамках сенсорной интеграции можно использовать сенсорные комнаты, где ресурсно-ориентированные занятия показали свою высокую эффективность в улучшении восстановительного потенциала детско-родительской диады.

Для оказания психологической помощи детям, находящимся в маломобильном состоянии (например, в реанимационном отделении), используются **мультимедийные планшеты**, адаптированные к потребностям пациентов и их родителей. В планшеты можно установить специальное приложение трекинга психоэмоционального состояния, ресурсно-ориентированные и познавательные видеоролики, психодиагностический инструментарий, развивающие и позитивные мультфильмы. Благодаря этим простым приемам легче достигается активация реабилитационного потенциала ребенка, улучшается его ресурсное состояние. Актуально использование психотехнологий для самопомощи, если психологов нет рядом или если пациент на данный момент недоступен для психологической консультации (например, онкопациенты в период нахождения в «чистых палатах»).

С помощью **комплекса БОС** ребенок получает новые знания о себе, о том, как управлять своим телом и самостоятельно «включать» саморегуляцию — за счет взаимодействия мозга (посредством

произвольных действий) и тела (актуальные параметры которого отражаются на мониторе (частота и ритм сердечных сокращений; частота дыхания, температура, артериальное давление, электрическая активность мозга). Благодаря комплексу БОС ребенок получает информацию о процессах, протекающих в его организме в реальном времени. Психолог, работающий в этот момент с ребенком, помогает ему использовать полученные знания для совершенствования и коррекции нарушенных функций. Так, применение у детей с сахарным диабетом 1-го типа методики БОС на аппарате «Пульс» демонстрирует заметное улучшение показателей саморегуляции их психоэмоционального состояния, что влияет на самочувствие и способствует более стабильному ведению сахарного диабета.

В аспекте работы с ресурсными состояниями для экстренного снижения стрессовых воздействий, для улучшения глубины релаксации рекомендуется применение аппарата Muse 2: это второе поколение портативного устройства для медитации, которое вместе с отслеживанием мозговой активности фиксирует движения, частоту сердечного ритма и дыхания. Используя данный прибор, психолог обучает пациентов медитировать, расслабляться и улучшать концентрацию, отслеживая показатели работы своего мозга, дыхания и сердца. Прибор позволяет достигать релаксации и успешно купировать проявления стресса маломобильным пациентам, пациентам, находящимся в многоместной палате или в отделении реанимации.

Внедрение в работу психологов **приложения «Психомер»** позволяет проводить на любых платформах индивидуальное и групповое психологическое тестирование (в том числе – дистанционно), проводить психодиагностические исследования масштабно и в удаленном формате. С целью мониторингирования динамики психоэмоционального статуса (в любом формате и в разное время) широко используются цифровые версии классических психодиагностических методик, результаты тестирования приходят курирующему психологу на почтовый адрес.

При использовании музыкотерапии рекомендуется психологическая работа с **глюкофонами**. Глюкофон называют «устройством будущего» – он имеет футуристичную форму и глубокое звучание, способное быстро погрузить в медитативное состояние. Можно использовать глюкофон для развивающих целей (развитие фонематического слуха, тактильного восприятия, чувства

ритма, моторики рук, повышение объема памяти, стимуляция воображения и когнитивной гибкости, улучшение коммуникативных навыков). Можно применять его для работы с эмоциональными проявлениями, для гармонизации внутреннего состояния. Положительные эффекты от занятий на глюкфонах отмечались и в работе с детьми, и на занятиях «школ мам» из отделения патологии и реанимации новорожденных.

Песочная терапия (sandplay) – как метод психотерапевтического воздействия, корнями уходит в детство и связан с символической игрой детей. Песочная терапия обращается к внутреннему ребенку каждого человека и опирается на ее творческую и исцеляющую способность. В игре дети проживают свои чувства, ведут диалоги, мечтают и фантазируют.

На базе песочной терапии разработаны психотерапевтические программы, позволяющие решать диагностические, коррекционные и терапевтические задачи. Выбор песочной терапии в качестве основного метода оптимален в случаях, когда пациент:

- испытывает коммуникативные трудности;
- неспособен объяснить словами то, что он чувствует или думает;
- ограничен в проявлении своих чувств; замкнут; одинок;
- переживает экзистенциальный или возрастной кризис;
- имеет психологическую травму или живет с ее последствиями;
- имеет проблемы в принятии решения.

Эти программы также используются в работе с детьми с расстройствами психического развития, с невротическими проявлениями, с нарушениями поведения.

В процессе песочной терапии ребенок получает возможность выразить свои эмоциональные переживания (в том числе – самые глубокие), освободиться от страхов и последствий психогений.

В психокоррекционных целях используется **перкуссионное оборудование** (барабано-биоритмо-терапия). Занятия с использованием перкуссионного оборудования направлены на регуляцию психоэмоционального статуса ребенка, поднятие и поддержание необходимого уровня психического тонуса, стабилизацию межполушарного взаимодействия, развитие внимания, самостоятельности, самоконтроля, программирования деятельности. Занятия также способствуют снятию психофизического напряжения, выражению своих переживаний, лучшему пониманию и управлению своим телом.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ)

В современных условиях эффективное сопровождение детей в реанимационных отделениях возможно при условии скоординированной работы мультидисциплинарной команды врачей, медицинских (клинических) психологов и родителей ребенка. Безусловно, сам факт госпитализации в реанимационное отделение (по причине тяжелой жизнеугрожающей болезни ребенка, вследствие несчастного случая с серьезными последствиями для здоровья) воздействует на привычный уклад жизни семьи, нарушая ощущение безопасности как для самого ребенка, так и для его родителей.

Эффективным и клинически обоснованным является применение семейно-ориентированного подхода, направленного на выстраивание продуктивного взаимодействия между медицинским сообществом, пациентом и его семьей. В рамках данного подхода значимой и важной частью терапевтического процесса является активная позиция семьи. Эмоциональная поддержка ребенка, помощь в уходе за ним являются проявлениями заботы родителей о его здоровье. Открытые для родителей реанимации являются неотъемлемой частью для поддержания находящегося там ребенка.

Цель психологического сопровождения в реанимационных отделениях: актуализация ресурсного потенциала ребенка и его семьи для улучшения качества жизни.

Задачи психологического сопровождения в реанимационных отделениях:

- ежедневный мониторинг психоэмоционального состояния ребенка и его семьи;
- проведение бесед с родителями, направленных на стабилизацию их психоэмоционального фона и активацию ресурсного потенциала семьи;

- проведение психологических сессий с ребенком, направленных на поиск и активацию ресурсных состояний;
- сопровождение острых стрессовых реакций у родителей;
- кризисные интервизии родителей при ухудшении состояния ребенка и угрозе летального исхода;
- оказание психологической помощи медицинскому персоналу отделения.

Психологическое сопровождение реанимационных отделений осуществляется в экстренном режиме («по звонку» от врача) и в плановом порядке. Психологическое сопровождение в отделении реанимации зависит от возраста ребенка и его доступности контакту.

В отделении реанимации новорожденных психологическое сопровождение осуществляется через маму ребенка, поскольку важным аспектом является гармонизация ее психоэмоционального состояния. Ребенок, рожденный недоношенным, нуждается в присутствии матери, в ощущении ее близости и в транслируемом ею ощущении спокойствия и безмятежности.

Направления психологической работы:

- чуткое и бережное сопровождение мамы и ребенка с возвращением им чувства доверия к миру;
- со-настройка на «здесь и сейчас»;
- работа с ожиданиями мамы (ожидание: счастливая выписка из роддома со здоровым ребенком / реальность: наличие у ребенка расстройств и осложнений, требующих интенсивной терапии);
- проведение бесед, разъясняющих маме происходящее с ребенком;
- работа с чувством вины (которое может испытывать мама);
- обучение мамы сопровождению развития ребенка в условиях реанимации: ее аудиальному, тактильному, обонятельному контакту с ребенком;
- гармонизация социальной активности мамы, ее общения с родственниками и с больничным персоналом.

Алгоритм действий медицинского (клинического) психолога при психологическом сопровождении в ОРИТ ребенка старшего возраста:

- 1) сбор информации от лечащего врача о соматическом статусе ребенка, его актуальных запросах, психоэмоциональном состоянии родителей;

- 2) проведение адаптационной ресурсно-ориентированной беседы с ребенком с целью определить его текущий психоэмоциональный статус, его ресурсный потенциал, его отношение к собственному состоянию;
- 3) проведение консультативной ресурсно-ориентированной беседы с родителями, направленной на повышение их адаптационного потенциала и содержащей конкретные рекомендации по сопровождению ребенка;
- 4) составление и корректировка (по мере необходимости) программы индивидуального сопровождения ребенка в ОРИТ.

Алгоритм действий медицинского (клинического) психолога при психологическом сопровождении в ОРИТ ребенка, который недоступен для контакта:

- 1) сбор информации от лечащего врача о соматическом статусе ребенка, актуальных запросах, психоэмоциональном состоянии родителей;
- 2) проведение консультативной ресурсно-ориентированной беседы с родителями, направленной на повышение их адаптационного потенциала и содержащей конкретные рекомендации по сопровождению ребенка;
- 3) проведение психологической сессии с использованием элементов визуализации и сказкотерапии, с использованием тактильно-сенсорного оборудования, с использованием элементов ароматерапии, с использованием подобранных звуков и мелодий, знакомых ребенку.

Родители не всегда обладают психологической готовностью находиться рядом с тяжело больным ребенком, особенно если госпитализация в ОРИТ является экстренной. Они могут находиться в острой стрессовой реакции, которая сопровождается сужением сознания, дезорганизацией деятельности, психоэмоциональными проявлениями. Интенсивность их собственных переживаний за жизнь и здоровье ребенка может негативно отражаться на способности эффективно заботиться о нем. Поэтому психологическое сопровождение родителей в реанимационном отделении является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Алгоритм действий медицинского (клинического) психолога при психологическом сопровождении родителей ребенка, находящегося в ОРИТ:

- 1) сбор информации от лечащего врача о соматическом статусе ребенка, его актуальных запросах, психоэмоциональном состоянии родителей, уточнение – насколько внезапной оказалась госпитализация ребенка в отделение реанимации;
- 2) знакомство с родителями. Выстраивание доверительного контакта. Сбор информации о том, что произошло;
- 3) при остром стрессовом состоянии: помощь в контейнировании эмоций, в проработке негативных переживаний в безопасной среде, оказание эмоциональной поддержки, направленной на повышение уровня эмоционального комфорта, формирование более эффективных способов совладания со стрессом;
- 4) оказание помощи родителям в организации собственной деятельности (режима дня, питания/ сна/ бодрствования), мотивирование к принятию более активной позиции в лечении;
- 5) ориентация на ресурсное состояние, концентрация усилий на ситуации «здесь и сейчас», акцент на удовлетворение собственных физиологических потребностей для поддержания уровня активности в уходе за ребенком;
- 6) рекомендации по сопровождению ребенка в реанимационном отделении.

Алгоритм действий медицинского (клинического) психолога при психологическом сопровождении родителей ребенка, находящегося в ОРИТ в тяжелом состоянии и без сознания:

- 1) сбор информации от лечащего врача о соматическом статусе ребенка, актуальных запросах, эмоциональном состоянии родителей;
- 2) знакомство с родителями. Подстройка. Выстраивание доверительного контакта. Сбор информации о том, что произошло. Установление их психоэмоционального статуса;
- 3) проведение консультативной ресурсно-ориентированной беседы с родителями, направленной на повышение их адаптационного потенциала.

**Психологические рекомендации родителям
по сопровождению своего ребенка в ОРИТ:**

- заходим в палату к ребенку в ресурсном, спокойном состоянии;
- разговариваем с ребенком ласковым голосом, рассказываем позитивные новости на сегодняшний день;
- можно принести его любимую тактильную игрушку, предварительно ее обработав;
- включаем ребенку его любимые песни, записи голоса друзей, родственников;
- проводим массаж рук, ног – гладим руками, проводим сенсорными мячиками, кольцами, шариками, тактильно прикасаясь предметом или рукой, параллельно называем этот регион словами («давай погладим ножку, коленку...»);
- проводим метафорическую целительную визуализацию: родитель представляет, как энергия исцеления проникает в тело ребенка, излечивая его;
- актуализируем ресурсы веры и поддержки (близких друзей, родственников, обращение к религии и т. д.).

Показания для экстренного вызова психолога:

Показания, связанные с состоянием ребенка:

- ребенок проявляет агрессивность, психоэмоциональную нестабильность, сильный стресс;
- ребенок расторможен, мешает другим, часто капризничает, много плачет, не соблюдает правил поведения, конфликтен;
- наличие в анамнезе у ребенка тяжелых стрессовых ситуаций, психотравм;
- наличие у ребенка шрамов, порезов, следов от «странных» ожогов, синяков, неопределенных символов и надписей на теле;
- имеющийся у ребенка страх медицинских манипуляций, смерти, инвалидизации;
- тяжелое течение основного заболевания ребенка;
- первичная госпитализация в реанимационное отделение;
- отсутствие рядом с ребенком родителя или сопровождающего взрослого;
- психологическое сопровождение ребенка при состоянии малого сознания.

Показания, связанные с состоянием родителей:

- острая стрессовая реакция у родителя, обусловленная постановкой ребенку неизлечимого диагноза, постановкой паллиативного статуса, угрозой или фактом утраты ребенка;
- психически неустойчивое состояние родителя (сверхтревожный родитель, родитель с выраженным страхом неопределенности, родитель постоянно плачет);
- при несоблюдении родителем реанимационного режима, нарушение правил пребывания в данном отделении;
- желание мамы отказаться от ребенка;
- наличие у родителя дисфункционального и сверхинтенсивного чувства вины;
- неверие родителей в выздоровление и стабилизацию состояния ребенка.

Также поводом для вызова психолога может стать необходимость стабилизировать психоэмоциональное состояние медицинского персонала при «уходе» ребенка или тяжелом течении его заболевания.

Рассмотрим подробнее основные рекомендации по психологической помощи в вышеперечисленных ситуациях.

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку, если он проявляет агрессивность, психоэмоциональную нестабильность, сильный стресс

Госпитализация в реанимационное отделение является для ребенка сильнейшим стрессом. Статичное положение, подключенные к телу приборы и датчики, чужие люди, незнакомые запахи и звуки, неприятные, болевые ощущения – это то, что испытывают его сенсорные системы на фоне вынужденной двигательной, эмоциональной и сенсорной депривации.

Психика должна отреагировать на этот стресс согласно психологическим особенностям возраста ребенка и степени его зрелости. Часто наблюдается сопротивление со стороны болеющих детей, проявление негативных эмоций и чувств, нежелание сотрудничать. Эти действия, приносящие им некоторое облегчение, тяжело переживаются их близкими, вызывая у них огорчение и непонимание. Но через протестное поведение и нарушение детьми правил проявляет себя их потребность контролировать действия окружающих (врачей, родителей), протест помогает им справиться с ощущением потери контроля над ситуацией, ходом лечения, своей жизнью в целом.

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального состояния ребенка.

Задачи психологической помощи:

- присоединение и принятие его состояния;
- помощь в отреагировании в стабильном безопасном пространстве;
- актуализация ресурсного состояния, чтобы помочь психике справиться с текущими переживаниями наиболее конструктивно.

Можно использовать в работе технику «Визуализации любимых желаний или любимых состояний», арт-терапевтические техники, игротерапию, музыкотерапию.

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку, если он расторможен, мешает другим, часто капризничает, много плачет, не соблюдает правил поведения, конфликтен

Когда в реанимационном отделении дети приходят в себя («пробуждаются») после операции, после перенесенных множественных травм (ДТП, падения) или иных травматических ситуаций (ожоги, ЧС, нападения), то некоторое время у них может отмечаться:

- спутанность сознания;
- признаки возбуждения или торможения;
- сложности вербализации (трудности подбора слов для выражения своих мыслей и желаний, трудности составления слов в предложения, трудности номинации/называния предметов);
- спутанность воспоминаний;
- выраженные эмоциональные реакции (безутешный плач, беспокойство, раздражительность, чувство тревоги и страха);
- неадекватное поведение, неспособность к сотрудничеству, агрессивное и негативное отношение к родителям и медперсоналу.

Если подобное состояние сохраняется в течение 2 дней, на консультацию вызывается психиатр (экстренно), если отмечается постепенное уменьшение выраженности симптомов, то рекомендуется наблюдение психолога – по мере нахождения ребенка в клинике и в некоторых случаях – после выписки.

Цель психологической помощи: обнаружение природы подобного поведения ребенка для выстраивания плана оказания психологической помощи.

Задачи психологической помощи:

- установление доверительного контакта с родителями и с ребенком;
- сбор психологического и соматического анамнеза от врачей и родителей, проведение психодиагностической консультации с ребенком, выявление причин данного поведения (является ли состояние ребенка следствием его соматического статуса, откликом на перенесенную травму; носит ли временный характер или для него есть иные причины);

- помощь в стабилизации психоэмоционального статуса ребенка и его родителей;
- информирование и выдача рекомендаций по взаимодействию с ребенком родителям и медицинскому персоналу.

Бывает, что у ребенка и ранее (до факта госпитализации) присутствовало проблемное отклоняющееся поведение, нарушения адаптации или психоэмоциональные проблемы, и в стрессовой ситуации госпитализации имеющаяся симптоматика лишь усилилась. В некоторых случаях подобные симптомы носят защитный характер в отношении актуальной ситуации.

Во время консультации с родителями психолог выясняет, были ли похожие ситуации ранее и как семья с ними справлялась. Психолог обучает маму принимать его состояние, находясь рядом, и поддерживать на его, помогая адаптироваться, переключать его внимание и насыщать положительными ресурсами. С ребенком проводятся психологические занятия с учетом его возраста, с целью стабилизации психоэмоционального состояния с помощью игротерапии, сказкотерапии, психотехнологий интегративной терапии, адаптированной под специфику детства (если ребенок боится, тогда проводится работа со страхами, если ребенок истощен, тогда задачей будет работа на ресурсы и т. д.).

Для работы над страхами у младших школьников можно использовать технику «Помогающая фигура». Психолог помогает ребенку создать «помогающую фигуру», с помощью которой они вместе будут справляться со страхом. Представляем, какая это будет фигура, какая у нее будет «суперсила», что она сможет сделать (уничтожать страх или поддерживать ребенка, создавая вокруг него защитное поле, и т. д.). Важно обращать внимание ребенка на то, как его страх уменьшается (например, ребенок придумал, что фигура будет его обнимать, психолог спрашивает: тогда твой страх уменьшится? и т. д.) Целью этого упражнения будет снижение интенсивности ощущения страха.

Рекомендации по оказанию психологической помощи при выявлении в анамнезе у ребенка тяжелых стрессовых ситуаций, психотравм

В беседе с родителями или ребенком врач может узнать о перенесенных тяжелых стрессах (смерть близкого, избиение, насилие, нахождение в зоне СВО, буллинг, тяжелый переезд с последующей школьной дезадаптацией, антисоциальная семья и т. д.). Наличие в анамнезе у ребенка тяжелых психотравм является основанием для консультации психолога.

Цель психологического сопровождения: оценка актуального состояния ребенка и работа с его запросом (при возможности) с учетом его соматического состояния, возраста и доступности контакту.

Если психогения для ребенка актуальна (например, он госпитализирован в стационар, т. к. его покусала собака), то следует стабилизировать его текущее эмоциональное состояние, снять испуг. Если психика ребенка в настоящее время истощена и проработка психогении для него неактуальна, тогда задачей психолога становится насыщение ребенка ресурсами.

При необходимости к работе с ребенком подключаются специалист по социальной работе, врач-психиатр.

Задачи психологической помощи:

- подстройка и оказание психологической поддержки;
- снятие экстренного психоэмоционального напряжения;
- стабилизация психоэмоционального фона;
- ресурсно-ориентированная терапия.

Для актуализации ресурсного потенциала и гармонизации внутреннего мира ребенка можно использовать, например, технику из гештальт-терапии «Работа с эмоциями с помощью изображений». Ребенка знакомят с различными репродукциями картин, показывая каждую из них по очереди. Его просят бросать беглый взгляд на каждую картину, а затем спрашивают, какую эмоцию, хотя бы смутную, она вызывает. Так, если на картине изображена буря, то чувствует ли ребенок, глядя на нее, вихри и волнение в себе самом? Не раздражает ли его этот яркий набор красок, использованный художником? Каким бы ни было мимолетное впечатление ребенка, психолог не пытается его изменить или прокомментировать.

Психолог обращает внимание на эмоции, вызываемые рисунком, и переходит к следующей картине. Таким образом, у ребенка появляются новые эмоциональные стимулы для выгрузки и стабилизации эмоционального фона, активизируется его ресурсный потенциал.

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при наличии у него шрамов, порезов, следов от «странных» ожогов, синяков, неопределенных символов и надписей на теле

Если в реанимационном отделении врач заметил у ребенка на теле шрамы, порезы, следы от ожогов, символы неопределенного происхождения, синяки и т. д., то следует вызвать на консультацию психолога.

Цель психологической помощи: диагностика наличия у ребенка глубинных переживаний.

Задачи психологической помощи:

- проведение беседы с родителями (получение информации о том, чем занимается и увлекается ребенок, были ли связанные с ним какие-либо проблемные ситуации, жаловался ли он на кого-нибудь/на что-нибудь, были ли у него какие-либо сильные переживания/стрессы);
- опрос родителей о природе повреждений кожи (когда и при каких обстоятельствах они появились у ребенка);
- психодиагностическая беседа с ребенком (при его доступности к контакту) для определения его актуального психоэмоционального статуса; если психическое состояние ребенка позволяет, и доверительный контакт с ним установлен – можно поговорить о том, откуда у него появились эти «увечья», были ли у него серьезные стрессы, тяжелые переживания, сложные ситуации, рискованные увлечения, с кем он общается и как проводит свободное время;
- составление программы психологического сопровождения с учетом выявленных /подтвержденных данных анамнеза;
- междисциплинарное взаимодействие (при необходимости – инициируется участие в работе социального работника и/или психиатра).

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при страхе медицинских манипуляций, смерти, инвалидизации

Страх, возникающий у ребенка во время проведения медицинских манипуляций, является сигналом об угрозе его безопасности.

Цель психологической помощи: проработка причины, стоящей за страхом, что приведет к снижению его интенсивности.

Разговоры о смерти – это, чаще всего, разговоры о страхе. Зачастую страх смерти маскируется иными страхами: страхом боли, уколов, исчезновения, остаться одному, без мамы и т. д. Ведь даже самая страшная реальность лучше неизвестности/ смерти.

Задачи психологической помощи:

- выяснение/уточнение, что конкретно в понимании ребенка стоит за его словами про «страх умереть»; что он подразумевает, говоря про страх медицинских процедур;
- помощь в валидации и принятии страха;
- работа с этим страхом, как с любым другим: опредмечивая его, фантазийно продлевая пугающее событие для понимания того, что будет следовать за ним.

Можно использовать технику из арт-терапии («Вообрази, если бы твой страх был бы персонажем, каким бы он был, опиши его, его рост, наряд, что ему нравится/ не нравится. Придумай героя, который бы его уничтожил, или прогнал, или заколдовал, или уменьшил. Давай представим все это, как сценарий или как мультфильм в замедленной съемке»).

Рекомендации по оказанию психологической помощи семье при тяжелом течении основного заболевания, остром состоянии

Ухудшение самочувствия ребенка всегда является кризисным событием для родителей.

Цель психологической помощи: включение ресурсного потенциала семьи (родителей).

Задачи психологической помощи:

- оказание родителю поддержки;
- помощь в отреагировании эмоций;
- стабилизация психоэмоционального фона родителя;
- обучение навыкам самоуправления;
- актуализация ресурсов ребенка и семьи.

Попадая в ситуацию неопределенности, когда еще не ясен окончательный диагноз и прогноз, многие родители говорят, что у них «земля уходит из-под ног». Важным этапом психологической помощи будет работа по определению имеющихся внешних и внутренних опор и поиску ресурсов.

Предлагаем провести экспресс-технику «Мой ресурс»: психолог просит родителя расслабиться и выполнить дыхательные упражнения (вдох длительностью 4 секунды, задержка дыхания длительностью 4 секунды, и выдох длительностью 6 секунд и более (выдох всегда должен быть длиннее вдоха)).

Далее, сохраняя глубокое дыхание, психолог задает вопрос о внутренних опорах («Когда раньше у вас были стрессы, – конечно, менее значимые, чем сейчас, – вспомните, пожалуйста, что помогло вам тогда? Что может помочь вам сейчас? Какие есть в вашей жизни значимые люди, которые могут вас поддержать? Кто еще может вас поддержать?»).

При входе к ребенку в реанимационное отделение родитель получает четкую инструкцию по самоактуализации ресурсов, чтобы он смог зайти в палату в стабильном состоянии. При общении с ребенком родитель оказывает ему поддержку (через присоединение, поглаживание, радостные воспоминания) и говорит о своей любви.

Рекомендации по оказанию психологического сопровождения семье при первичной госпитализации в реанимационное отделение

При первичной госпитализации ребенка в тяжелом состоянии в реанимационное отделение психологическое сопровождение начинается с первых минут нахождения в медицинском учреждении (при экстренной госпитализации) и при вызове от врача (при ухудшении соматического статуса, при переводе в реанимацию).

Психологическое сопровождение ребенка, находящегося в тяжелом, жизнеугрожающем состоянии, начинается с психологической работы с его родителями. Родители нередко боятся заходить в реанимационное отделение, поэтому отрабатывается запрос на проработку страхов пребывания в реанимации.

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального состояния ребенка и его семьи.

Задачи психологической помощи:

- сопровождение первичного посещения родителями реанимационного отделения с целью улучшения адаптационного потенциала семьи;
- психологическое консультирование ребенка (если позволяет его соматическое состояние);
- активирование у родителей навыков саморефлексии и самоконтроля.

У дверей реанимационного отделения психолог прорабатывает с родителем «процедуру встречи» (подробно обсуждается – как заходить, как смотреть, как реагировать, как настраиваться, чтобы не заплакать). Если родители эмоционально не готовы, то посещение реанимационного отделения откладывается.

В реанимации психолог сопровождает родителей по всему отделению, рассказывая про особенности ухода, наблюдения, оказания помощи находящимся здесь детям («все, что связано с пребыванием здесь, – это этап процесса стабилизации/выздоровления»). Когда родители убеждаются, что за каждым ребенком в реанимации осуществляется круглосуточный контроль, здесь проводятся медицинские манипуляции и постоянно дежурят врачи и медсестры, готовые в любой момент оказать медицинскую

помощь, то их отношение к реанимационному отделению меняется (от страшного, пугающего к безопасному, надежному, контролирующему) и напряжение несколько снижается.

Прежде, чем родитель подойдет к ребенку, психолог заранее проговаривает, что родитель не должен заставлять / принуждать себя быть здесь долго – достаточно находиться рядом с ребенком столько, сколько родитель сможет быть ресурсным.

Бывает, что родитель аффективно «цепляется» к пространству, в котором находится его ребенок, и ему становится сложно уйти из реанимационного отделения. Поэтому психолог заранее обговаривает, что на первом визите психолог будет отслеживать психоэмоциональное состояние родителя (с позиции его ресурсности), а родитель будет прислушиваться к его рекомендациям.

Рекомендации по оказанию психологической помощи ребенку при отсутствии родителя/сопровождающего рядом

Согласно внутрибольничному режиму ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» реанимационные отделения являются отделениями открытого типа. Это означает, что родители могут и должны присутствовать рядом с находящимся в реанимации ребенком. Если в течение нескольких дней пребывания ребенка в реанимации родители его не навещают, если родители не заинтересованы в выздоровлении и улучшении самочувствия их ребенка, к работе привлекается социальный работник.

Учитывая актуальное состояние ребенка, его возраст, доступность контакту, в условиях реанимационного отделения проводятся ресурсно-ориентированные сессии. Их цель – сенсорно напитать и увеличить энергетический и ресурсный потенциал ребенка для активации процессов исцеления.

Используются технологии игротерапии, нейротехнологии, мобильные планшеты, методы арт-терапии, музыкотерапии и т. д. Например, упражнение из музыкотерапии «Какая картинка у этой мелодии». Для ребенка звучит музыкальная композиция, которую он прослушивает в течение 1–2 минут, а потом рассказывает, что он

представлял, когда слушал эту мелодию, о чем она. Или ребенок прослушивает мелодии на планшете и подбирает ту, которая больше всего сейчас подходит под его состояние и передает его настроение. Цель упражнения: гармонизация его психоэмоционального состояния средствами музыкотерапии.

Рекомендации по психологическому сопровождению ребенка при выходе из коматозного состояния

Психологическое сопровождение осуществляется в составе мультидисциплинарной бригады специалистов.

Цель психологического сопровождения: улучшение психоэмоционального статуса и актуализация ресурсов семьи как единого целого.

Задачи психологического сопровождения:

- подключение родителя как мощного источника поддержки и ресурсов для ребенка (обучение родителя включенному сопровождению: обучение мамы управлению голосом, рассказыванию историй, целительным прикосновениям и т. д.);
- работа с образом ребенка в сознании родителя (восприятие его как ребенка, находящегося в процессе выздоровления/ исцеления);
- подключение нейростимуляционных мероприятий по согласованию с реабилитологами.

Особенности психологической работы с ребенком через родителя, (если ребенок находится без сознания):

- 1) обучение мамы включенному присутствию: это особое, ресурсное состояние, в котором находится мама, пребывающая рядом с ребенком в реанимации. Психолог проводит сессию «введение в реанимацию», настройку на собранность и на ресурс, используя техники интегративной психологии;
- 2) обучение мамы включенному сопровождению:
 - нежный тактильный контакт (прикосновения, поглаживания); называние места, к которому прикасаемся («сейчас я глажу твою ладошку/второй пальчик, третий на левой ручке/ на правой ручке», «сейчас я рисую на твоей ладошке солнышко» и т. д.);

- тактильный контакт с любимой игрушкой: родитель может принести из дома любимую игрушку, предварительно ее обработав, и периодически вкладывать ее в ладошку, и т. д.;
- аудиальный контакт (голос мамы, родителей): нежным теплым голосом разговариваем с ребенком, рассказываем ему добрые, радостные истории (с учетом его возраста), читаем сказки, поем знакомые песни и т. д.);
- обонятельный контакт (ребенок чувствует запах мамы, запах «дома», родители могут принести из дома футболку мамы и положить ее рядом с ребенком и т. д.).

3) обучаем маму проецированной визуализации: мама закрывает глаза и, находясь рядом с ребенком, представляет весь целительный свет со всей Вселенной, представляет его цвет, силу и мощь; свет, проходящий через все пространства, приходит в палату, окутывая ребенка, проникая в каждую клеточку, исцеляет полностью организм ребенка и все поврежденные органы и ткани, насыщая их целительной силой света, добра и любви. Цель: насыщение ресурсами мамы и ребенка, укрепление веры мамы в то, что она сама, ее присутствие и ее любовь – лучшее лекарство для ее ребенка.

Для активации сенсорных систем, подкорковых структур, полушарий головного мозга дополнительными стимулами и ресурсами используется метод сенсорной интеграции:

1. Сенсорная стимуляция. Можно использовать «Сенсорный чемоданчик», состоящий из предметов, оказывающих различные стимуляционные воздействия и вызывающих различные ощущения (щеточки, перо, вата, расческа, массажный мячик-ежик, массажные кольца су-джок для пальцев и т. д.). С помощью различных сенсорных предметов оказывается активирующее/массажное воздействие на кисти рук и стопы ребенка (можно по очереди использовать каждый из предметов, проводя им массаж, и озвучивать место прикосновения и предмет, которым работает психолог).

С учетом возраста можно проводить пальчиковую игру и озвучивать текст: «Я мячиком круги катаю, взад-вперед его гоняю, им поглажу я ладошку, будто я сметаю крошку, и сожму его немножко, как сжимает лапу кошка, каждым пальцем мяч прижму, и другой рукой начну». Можно брать тактильно приятные ткани (шелк) и проговаривать: «Я сейчас тебя глажу чем-то нежным, гладким, легким – это шелк».

Необходимо обучать этим процедурам родителей, чтобы они могли разнообразить сенсорные и тактильные стимулы ребенка и обогащать их, проводя эти занятия несколько раз в день. При проведении сенсорной интеграции надо вводить новые стимулы и наращивать время контакта с ними аккуратно, постепенно, чтобы не спровоцировать истощение.

2. Обонятельная стимуляция. Родителей просят «приносить» из дома запахи, знакомые и любимые ребенком (например, принести «понюхать» картошку фри, или духи мамы, или мандарины, или любимую клубничную жевательную резинку и т. д.). Источник запаха подносят к носу ребенка, чтобы он его почувствовал, а потом запах называют. Психолог может использовать «Арома-лото» с описанием каждого запаха, а родитель – дополнять известные запахи воспоминаниями (например, психолог подносит к ребенку «аромат кофе», озвучивает и описывает этот запах, а мама говорит ребенку: «Помнишь, как папа каждое утро пьет крепкий горький кофе, с таким сильным запахом, что просыпается вся семья?»).

3. Аудиальные стимулы. Общаясь с родителями, психологи просят найти и подобрать те звуковые стимулы, которые знакомы ребенку и связаны с радостными моментами его жизни (например, родители просят друзей ребенка записать ему голосовые сообщения и дают ребенку прослушать, или бабушка записывает, как в деревне петухи поют, или друзья скидывают общие плей-листы, которые для ребенка связаны с хорошими воспоминаниями).

Психолог подключает также методы музыкотерапии:

- прослушивание мелодичной музыки негромкого звучания оказывает на пациента общее седативное воздействие: снижает мышечный тонус, увеличивает силу сердечных сокращений, замедляет пульс, способствует расширению сосудов и нормализации артериального давления, восстанавливает естественное физиологическое дыхание, вызывает глубокие положительные эмоции (чувство спокойствия, умиротворения);
- прослушивание негромкой энергичной музыки с четким ритмом и быстрым темпом дает тонизирующий эффект, сопровождающийся эмоциональным подъемом, увеличением тонуса мышц, умеренным учащением пульса, повышением артериального давления и температуры кожных покровов, ускорением ритма дыхания.

Можно на фоне музыкальной композиции включать визуализацию (например: «Представь, как выглядит это мелодия, какого она цвета, как она играет, какая у нее энергия» и т. д.).

Если позволяет соматическое состояние пациента, то совместно с сенсорными упражнениями можно подключать сказкотерапию. Использование данного метода подразумевает:

- составление индивидуальной карты ресурсов и интересов ребенка;
- поиск / создание индивидуальной психотерапевтической сказки для этого ребенка, направленной на преодоление болезни, на полное гармоничное исцеление и обретение здоровья;
- использование написанной сказки в индивидуальной программе сопровождения данного ребенка.

Можно подобрать готовые психотерапевтические сказки, направленные на исцеление и на ресурс. Эти сказки следует оставить маме, чтобы она периодически читала их ребенку.

Рекомендации при психологической работе с родителями при утрате ребенка

Психологическое сопровождение смерти начинается с реанимационного отделения по звонку от врача или с приемного отделения в процессе сопровождения экстренной госпитализации. Важным аспектом является степень внезапности ухода ребенка (это тяжелобольной ребенок, к возможной смерти которого родители были подготовлены, или это внезапная смерть здорового ребенка, например, в результате автоаварии).

Цель психологического сопровождения: организация экологичного процесса горевания для профилактики вторичных психотравм.

Задачи психолога:

- сопровождение родителей с принятием и подстройкой (следуя за их естественными психическими реакциями);
- ситуационное оказание психологической помощи в зависимости от их психоэмоционального реагирования, помогая процессу горевания протекать максимально естественно;
- психопрофилактика вторичной травматизации и трансгенерационной травмы.

Этапы психологической помощи при утрате:

Помощь на стадии шока: необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек вправе не принять руку, также как и другое участие, но предлагать помощь необходимо. Дать человеку возможность выразить свои эмоции, выговориться, оказать информационно-психологическую поддержку, снять табу с разговоров о смерти, поддерживать тактильный контакт, соблюдать ритуалы (при их актуальности для родителей).

Помощь на стадии острого горя: если у родителей есть в этом потребность, следует говорить об умершем, о причине смерти и о чувствах, связанных с происшедшим. Можно спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Допустимы вопросы: «На кого он / она был похож?», «Можно ли увидеть его / ее фотографии?», «Что он / она любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем / ней?». Главное – создать вокруг горящего атмосферу присутствия и понимания. Постепенно (ближе к окончанию периода острого горя) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности. Включать навык активного слушания: выражать принятие (вербально и невербально), пауза, парафраз, выражение своих эмоций, отражение эмоций собеседника, резюме, эмпатия, отсутствие оценок и интерпретаций.

Этапы консультации родителей:

- настройка контакта, подстройка, активное слушание, оказание поддержки через бережное принятие;
- побуждение к разговору об утрате;
- диагностическое беседа про актуальную утрату; про утраты, перенесенные ранее (с целью определить наличие интроекций, патологической идентификации);
- работа с внутренними конфликтами и чувством вины;
- побуждение к выражению эмоций, к поиску и активации внутренних ресурсов;

- Принятие утраты. Принятие реальности потери – и разумом, и чувствами. Принятие боли потери;
- Поиски своего нового места в мире на фоне свершившегося и принятого факта потери;
- Выстраивание нового отношения к умершему;
- Выстраивание нового отношения с миром;
- Выстраивание новых ритуалов (как будут чтить память);
- Построение жизненной перспективы и другого будущего.

Помощь на стадии восстановления: Психологическое сопровождение семьи нередко осуществляется в течение длительного времени после смерти ребенка. Психологическая помощь оказывается всем членам семьи. Психолог помогает родителям заново включиться в жизнь, начать планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет горюющему включиться в другие виды деятельности. Консультирование продолжается до тех пор, пока семья нуждается в сопровождающей помощи.

**Симптомы не отработанного горя (патологичного горевания)
у человека, перенесшего утрату:**

- появление дисфункциональных эмоциональных состояний, когнитивных искажений (нарушения внимания, памяти и других психических функций), избыточной активности без чувства утраты;
- появление у горюющего симптомов последнего заболевания умершего;
- появление у членов семьи психосоматических заболеваний;
- проецирование на других детей дисфункциональных ролей, в том числе – роли умершего ребенка, вовлечение здорового ребенка (сиблинга) в свою травматизацию;
- социальная изоляция, утрата социальной активности;
- враждебность против определенных лиц;

- появление психических расстройств (ажитированная депрессия с суицидальным риском) и аддиктивного поведения (алкоголизация и др. формы аддикций);
- трансгенерационная травма.

Трансгенерационная травма – это психологические и физиологические последствия перенесенного горя, оказывающие влияние на последующие поколения. Если родители травмированы и их травма не переработана, то они не способны устанавливать прочную эмоциональную связь с ребенком и создавать ощущение безопасности – их пугает контакт с травмированными частями себя. Ребенок, эмоционально связанный со своей семьей, также вовлекается в переживание этой незримой для него травмы; появившиеся у него паттерны переплетения (по Анн Шутценбергер, 2007) будут проявляться в его новых отношениях и привязанностях. Эти паттерны транслируются из поколения в поколение, повышая риск повторной травматизации у потомков.

Рекомендации по оказанию психологической помощи семье и ребенку при постановке неизлечимого диагноза

Факт тяжелой болезни ребенка с неясным прогнозом для жизни является для членов семьи серьезной психологической травмой. Ребенок является для родителей символом временной перспективы их собственной жизни, и столкновение с его болезнью приводит к изменениям их планов и надежд на будущее, к невозможности жить как прежде, в результате чего рушится ощущение безопасности мира, возникает чувство утраты контроля над ситуацией и жизнью в целом.

В детском и подростковом возрасте картина взаимосвязей и взаимовлияний тела (сомы) и психики особенно сложна и запутанна. Болезнь, меняя социальную ситуацию развития, влияет на формирование личности ребенка. Для успешного преодоления болезни необходима работа с ребенком и с его семьей: следует учитывать специфические представления ребенка о болезни и лечении, проводить коррекцию внутренней картины болезни, помогать родителям включаться в терапевтический процесс.

Задачи психологической помощи после постановки диагноза:

- оказание психологической поддержки и принятия через психотехнологии подстройки, активного слушания и т. д.;
- оказание помощи в верификации (все ли правильно поняли родители о состоянии и болезни ребенка) и усвоении информации от врача;
- информирование о психологических аспектах заболевания и реагирования на болезнь;
- выстраивание нового мировосприятия, восприятия себя, семьи и ребенка с учетом его заболевания;
- оказание психологической помощи в эмоциональном отреагировании, достижение спада интенсивности переживания;
- оказание психологического сопровождения в поиске и укреплении внутренних и внешних опор для ресурса семьи.

Реакция родителей на постановку диагноза может проявляться такими стадиями, как: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие.

Стадия шока (как ранняя реакция) чаще всего возникает у родителей в реанимационном отделении. На этой стадии возникают симптомы острого стресса и проявления когнитивного диссонанса (информация воспринимается избирательно, запоминается сложно, концентрация внимания снижается) на фоне суженного сознания.

Психологическая помощь: обучение родителей элементарным техникам активизации и нахождению «здесь и сейчас» (например, техника «Пять пальцев»: просят перечислить 5 предметов, которые родитель видит, 4 ощущения, которые присутствуют в теле (например, как нога чувствует обувь или рука чувствует кольцо и т. д.), 3 звука, которые он слышит, 2 запаха, которые он чувствует, 1 вкус во рту).

При постановке тяжелого диагноза реакция ребенка зависит от его возраста и от реагирования на болезнь значимого для него взрослого. Дети плохо представляют себе, что надо делать для выздоровления и для предупреждения ухудшения заболевания, часто проявляя необоснованный оптимизм. В более старшем возрасте возрастает роль мнения о болезни референтных для ребенка групп сверстников, хотя нередко эти представления совершенно неверны и нелепы. Особенно важны для ребенка знания о его болезни, полученные от родителей. На формирование представлений о

болезни влияют тяжесть и продолжительность заболевания, помещение в стационар и отрыв от родителей («госпитализм»).

Цель психологической помощи ребенку: актуализация его ресурсного потенциала.

Задачи психологической помощи:

- оказание ресурсно-ориентированной поддержки ребенку;
- сплочение ресурсов семьи;
- верификация знаний ребенка о его заболевании (все ли он правильно понимает);
- информирование о психологических аспектах ведения заболевания и реагирования на него;
- выстраивание нового мировосприятия и восприятия себя с учетом заболевания.

Ребенку необходимы дополнительные ресурсы для того, чтобы его психика справилась с информацией о наличии у него тяжелого заболевания. Поэтому первостепенной задачей будет проведение ресурсно-ориентированных сессий с применением мультимедийных планшетов, в которые загружены психологические модули игр, короткометражных ресурсных видео, интересных игровых приложений, с помощью которых в условиях малой мобильности в реанимационном отделении ребенок может обрести дополнительный ресурсный потенциал. Также можно использовать технологии метафорических ассоциативных карт, где ребенку предстоит искать и находить новые ресурсы для выздоровления.

Рекомендации по оказанию психологической помощи при постановке ребенку паллиативного статуса

Полноценная паллиативная помощь невозможна без психологического патронажа всей семьи. Психологическое сопровождение необходимо семье на всех этапах тяжелой болезни ребенка, желательно с момента постановки диагноза или оповещения родителей о том, что ребенку нужна паллиативная помощь. Психологи востребованы и в процессе сопровождения ухода ребенка, а также на этапе горевания, продолжительностью не менее 6 месяцев (в среднем до 1,5–2 лет) после смерти ребенка.

Цель психологической помощи: обучить семейную систему и ребенка поддерживать максимальный для его состояния контакт с миром через развитие адаптационных возможностей.

Задачи психологической помощи в реанимационном отделении в отношении ребенка с паллиативным статусом:

- 1) установление контакта с родителями. Выяснение в беседе адекватно ли они понимают состояние ребенка, как к этому состоянию относятся, готовы ли сотрудничать с психологом и другими членами мультидисциплинарной команды. Психологу важно прояснить степень принятия родителями факта болезни ребенка, его неизлечимости, возможности близкой смерти;
- 2) диагностика или оценка состояния ребенка для понимания проблемных зон развития. Важно оценить возможности и ресурсы, которыми ребенок обладает и на которые он будет опираться в своем дальнейшем развитии. Также необходимо выяснить, что сам ребенок о них знает и что знают об этих ресурсах родители;
- 3) непосредственная психологическая работа с ребенком, направленная на снижение силы воздействия факторов, которые способствуют его «уходу» в болезнь. Используются занятия, направленные на развитие познавательных способностей, эмоционально-личностной сферы, коммуникативных навыков, а также – психомоторная коррекция, тренировка крупно- и мелко-моторных навыков и двигательной активности;
- 4) консультирование родителей по вопросам развития, воспитания, обучения ребенка, эмоционального взаимодействия с ним. Психологическое сопровождение родителей в период болезни ребенка и горевания после его смерти;
- 5) очень важна работа с сиблингами больных или умерших детей, которые переживают болезнь/ смерть сестры/ брата не меньше, чем взрослые члены семьи, но в силу своего возраста не имеют возможности для адекватной переработки и выражения этих переживаний.

Рекомендации по оказанию психологической помощи родителям при острой стрессовой реакции (ОСР)

Когда ребенок болен, любая реакция на это родителя (какая бы она ни была) – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

Признаки острой стрессовой реакции: состояние оглушенности, эмоциональные проявления (тревога, гнев, страх, отчаяние), утрата (частичная или полная) продуктивной, целесообразной деятельности, критичной оценки ситуации, контакта с другими людьми, гиперактивность (двигательное возбуждение) или апатия и т. д.

Чаще ни один из симптомов не преобладает длительно – симптомы проходят быстро (от нескольких часов до нескольких суток), есть четкая временная связь (несколько минут) между стрессовым событием (психотравмирующей ситуацией) и проявлением симптоматики.

Цель психологической помощи: концентрация внимания родителя на себя.

Задачи психологической помощи:

- создать родителю стабильное безопасное пространство, ограждая от посторонних зрителей;
- осуществить психотехнологии подстройки и присоединения, разделения любой эмоции с родителем («Я вместе с вами»);
- помочь отреагировать и описать все происходящее из позиции активного слушания, разделения и поддержки, желательно помочь в трансформации и вывести ОСР через плач;
- при возникновении реактивных состояний пригласить для консультации психиатра.

Целесообразно использовать психотехнологии из симптоматической экстренной психологической помощи и телесно-ориентированной терапии. Например, если родитель пребывает в состоянии оглушения, следует использовать четкие короткие команды, строить предложения, состоящие не более чем из четырех слов, общаться директивно, спокойно, сдержанно. Если требуется активировать внимание родителя «здесь и сейчас» – см. технику «Пять пальцев». Следует предложить родителям воды, при необходимости – плед.

Рекомендации по оказанию психологической помощи сверхтравожному родителю

Состояние ребенка, ставшее причиной его госпитализации в реанимационное отделение, меняет привычный ход жизни семьи, нарушает ощущение комфорта и безопасности как самого ребенка, так и его родителей.

На раннем этапе обследования и лечения бывает так, что врачи не имеют достаточной информации, чтобы с уверенностью говорить о клиническом диагнозе и о прогнозе. В таких случаях у родителей часто развивается состояние повышенной тревожности, которое проявляется ускоренной речью, с повторяющимися вопросами, постоянными обращениями к медицинскому персоналу, двигательной гиперактивностью, нарушением пищевого поведения и режима сна / бодрствования, обостренной эмоциональной чувствительностью, плаксивостью, раздражительностью.

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального состояния родителя.

Задачи психологической помощи:

- создание стабильной обстановки для отреагирования тревожных мыслей;
- стимулирование родителя в вербализации «страшных» мыслей, трансформируя тревогу в страх, фабула которого проговорена и понятна;
- психокоррекция, направленная на снижение уровня интенсивности тревоги и страха;
- обучение техникам саморегуляции, дыхательным техникам, телесным активным техникам «сбрасывания» напряжения.

Применяются когнитивные техники экспресс-помощи, цель которых – остановка тревожных навязчивых мыслей (руминаций) посредством переключения на выполнение сложных мыслительных операций. Помогают простые инструкции:

- попробуйте просчитать, на какое число приходился второй понедельник прошлого месяца;
- вспомните продолжение стихотворения или зарифмуйте строчку;
- начните перечислять Ф. И. О. своих одноклассников в алфавитном порядке;
- вспоминайте и называйте даты рождения родственников;
- начните вычитать от 100 по 7 и далее и т. д.

Рекомендации по оказанию психологической помощи родителю, который постоянно плачет

Каждый человек хотя бы раз в жизни плакал и знает, что слезы приносят значительное облегчение и разрядку внутреннего напряжения. Плач позволяет выразить переполняющие человека эмоции, поэтому этой реакции можно и нужно дать осуществиться. Когда человек сдерживает слезы, эмоциональной разрядки не происходит.

Если ситуация с плачем затягивается, если нужна мобилизация ресурсов семьи «здесь и сейчас», психологи помогают найти баланс между потребностью выплеснуть эмоции и необходимостью взять себя руки: обучают способам и таймингу реагирования, помогают составить внутренний договор с собой, учат техникам самоуправления и экстренной мобилизации, дыхательным техникам.

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального состояния родителя.

Задачи психологической помощи:

- оказать психологическую поддержку;
- стимулировать «выгрузку» эмоционального фона через технологии подстройки и активного слушания;
- помочь в экологическом отреагировании эмоционального состояния;
- провести актуализацию ресурсного состояния;
- восстановить стратегии экологичного самоуправления.

Для стабилизации психоэмоционального состояния рекомендовано подключение дыхательных техник из телесно-ориентированной психотерапии. Например, техника «Дыхание 4–7–8». Начните с полного выдоха через рот. Затем, закрыв рот, медленно вдохните через нос в течение 4 секунд (посчитав про себя «1, 2, 3, 4»). Задержите дыхание на 7 секунд (посчитав про себя «1, 2, 3, 4, 5, 6, 7»). Затем выдохните полностью через рот за 8 секунд (посчитав про себя «1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8»). На выдохе язык должен находиться за верхними передними зубами. Повторите цикл три раза, чтобы эффект стал ощутим.

Рекомендации по оказанию психологической помощи родителям при несоблюдении ими реанимационного режима, нарушении правил поведения, конфликтности

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального фона родителей.

Задачи психологической помощи:

- провести беседу с лечащим врачом и персоналом, уточнить, в чем сложности в коммуникациях с родителями, конкретизировать жалобы персонала;
- провести беседу с родителем с целью понять причины нарушения родителем внутрибольничного режима;
- выстроить психологическую работу совместно с родителем над причинами, побуждающими его к нарушению правил поведения/конфликтности.

Личностные особенности родителя или его реакция на болезнь ребенка. Причины несоблюдения родителями режима пребывания в отделении могут быть связаны с их личностными особенностями, характером, спецификой поведения, уровнем когнитивных способностей, а также могут быть обусловлены реакцией шока на госпитализацию в реанимационное отделение (в данной стадии сознание пациентов сужено и на фоне когнитивного диссонанса возникает непонимание тяжести обстоятельств, дезорганизация поведения, неадекватные /деструктивные эмоциональные реакции).

После проведения диагностики психологического состояния родителя (в ходе консультативной беседы) оказывается индивидуальная психологическая помощь в соответствии с выявленной проблематикой (обсуждение актуального состояния ребенка, уточнение понимания родителем разъяснений лечащего врача, выстраивание конструктивных стратегий отреагирования его психоэмоционального состояния, определение дальнейшего плана действий, разъяснение необходимости соблюдения внутрибольничного режима, с акцентом – почему это важно именно для его ребенка и как это может ему помочь).

Проявления вербальной агрессии: вербальная позиция мамы «Не надо мне тут диктовать, я сама знаю, как своего ребенка лечить», ее

поведенческая установка: попытки все делать по-своему, нарушая режим отделения и предписания врача.

Задача психологической помощи: установить причину, которая скрывается за внешней агрессивностью, помочь в ее устранении и организовать процесс конструктивного отреагирования.

Так, нередко мать, будучи расстроена чередой личностных неурядиц, возникших из-за ее госпитализации с ребенком, выстраивает негативные проекции на окружающее пространство, находя повод для трансляции агрессии. Или, если внутренние резервы матери истощены и она не получает поддержки от семьи и социума, то агрессия выступает индикатором ее сниженного ресурсного потенциала.

Апатия. Усталость от долгого нахождения в медицинском учреждении, истощение, снижение ресурсного потенциала, отсутствие или отказ от поддержки приводят к тому, что родителю становится сложно осуществлять уход за ребенком, тщательно обрабатывать руки и предметы, посещать в отведенное время занятия и процедуры и т. д. В итоге – конфликт с персоналом, который требует соблюдения правил пребывания и режима отделения.

Задача психологической помощи: обеспечение процесса безопасного эмоционального отреагирования, совместного поиска новых ресурсов (совместное обсуждение – может ли другой родственник, например отец, сменить маму, чтобы она смогла отдохнуть и восстановить силы).

Обида. В ситуации стресса от госпитализации в реанимационное отделение родитель, испытывая раздражение, злость, обиду, чувство несправедливости, не всегда способен разобраться и отрефлексировать, на кого же он обижен. Ему нелегко отследить свои чувства и эмоции и сосредоточиться на здоровье ребенка, на полноценном уходе за ним, на окружении его любовью и сердечной заботой.

Иногда родителю кажется, что для лечения его ребенка сделано недостаточно / что ребенка не так лечат, и родитель чувствует несправедливость и злость от собственного бессилия что-то изменить. Нередко подобная ситуация отягчается трудностями коммуникации родителей с медперсоналом.

Задача психологического сопровождения:

- помощь в определении и назывании того, что чувствует родитель;

- определение причин возникновения этих чувств;
- помощь в отреагировании эмоционального состояния;
- составление плана действий по улучшению самоконтроля и саморефлексии.

Конфликтные ситуации.

Родители могут вести себя конфликтно:

- на стадии отрицания и шока («Все не то, и все не так», «Все вы плохие», «Все неправда, мы уедем»);
- на стадии агрессии (при пути к принятию состояния ребенка);
- в состоянии истощения («Нет сил больше быть здесь»), когда любое слово или действие, адресованное им, воспринимается искаженно, вызывая защитную агрессию.

Задачи психологической помощи:

- эмоциональная поддержка, повышение уровня эмоционального комфорта;
- проработка негативных переживаний, концентрация усилий на ситуации «здесь и сейчас»;
- формирование более эффективных способов совладания со стрессом;
- помощь в организации деятельности, мотивирование к принятию более активной позиции в лечении;
- ориентация на удовлетворение собственных физиологических потребностей для поддержания уровня активности в уходе за ребенком.

Рекомендации по оказанию психологической помощи маме, если она хочет отказаться от ребенка

Решение женщины отказаться от ребенка может быть реактивным в связи с ее изменившимся психическим состоянием или обдуманным, когда за ним стоит целый комплекс сложных и неоднозначных факторов.

Частые причины отказа:

- нежеланный ребенок;
- наличие у ребенка тяжелых/ труднокурабельных /неизлечимых соматических и/или психических расстройств;
- пребывание матери в эмоционально неустойчивом состоянии, в состоянии послеродовой депрессии; наличие у матери признаков психического расстройства;
- страх не справиться с заботой о ребенке;
- «комплекс» плохой мамы (когда женщина решает, что ребенку будет лучше без нее);
- давление со стороны близких, мужа/ партнера или родственников, которые не хотят этого ребенка;
- наличие актуальной психогении: тяжелые потрясения, которые могут быть вызваны разрывом отношений с отцом ребенка или разводом, трагедия в семье (гибель или тюремное заключение кого-то из близких);
- первичные проблемы привязанности.

Цель психологической помощи: гармонизация состояния мамы: психопрофилактика ее травматизации.

Задачи психологической помощи:

- установление теплого доверительного контакта;
- безусловное принятие решения женщины, снятие ее психоэмоционального напряжения, стимулирование ее эмоционального реагирования, проведение безопасного доверительного разговора о причинах ее решения;
- активация ее ресурсного состояния;
- мягкое моделирование способов решения этих причин, построение дальнейшего ее будущего при каждом из решений, дать ей возможность прочувствовать свою жизнь в каждом из решений.

Важным является информирование женщины о том, с какими чувствами ей придется столкнуться, если она все-таки решит отказаться от ребенка (страх, вина, стыд, злость, бессилие и т. д.). Можно использовать технику когнитивно-поведенческой терапии «Моделирование возможного будущего» с построением сценариев жизни и изучением ощущений от жизни при каждом предложенном варианте.

Рекомендации по психологической помощи родителям при дисфункциональном/сверхинтенсивном чувстве вины

Чувство вины – значимый регулятор поведения. Чувство вины проецирует озабоченность по поводу личных качеств, за которые индивид чувствует себя полностью ответственным. Чувство вины у родителя, находящегося с ребенком в реанимационном отделении, может выражаться следующими конструктами: «Я чувствую вину за то, что не доглядела за ребенком (он обжегся... упал... попал под машину...)», «Я виновата, то что я не доносила его...», «Я виновата, что родила его таким...» Чувство вины может сопровождаться чувством сожаления и стыда.

Цель психологической помощи: стабилизация психоэмоционального состояния родителя.

Задачи психологической помощи:

- оказание поддержки, бережное принятие состояния родителя в стабильном безопасном пространстве;
- помощь в снижении уровня интенсивности эмоций;
- поиск и активация ресурсного состояния.

В работе применима техника из интегративной и когнитивно-поведенческой терапии «Работа с дисфункциональным переживанием». Этапы техники:

1. *Помощь в эмоциональном отреагировании.* Психолог побуждает родителя к разговору о его чувствах. Вопросы: «Что он (родитель) чувствует сейчас?» «Как он думает, почему он это чувствует?» «Что для него это значит?»

Важно разъяснить родителю, что для того, чтобы мы могли что-то сделать с эмоциональными переживаниями, их надо назвать,

обозначить, выделить, описать. Психолог создает вокруг себя стабильное пространство, в котором можно отреагировать, высказать, прожить любые эмоции.

2. Валидизация эмоционального состояния. Признание «нормой» того, что чувствует родитель, – это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Психолог ведет родителя к принятию и разрешению себе быть в этих эмоциях, ощущать и проживать их.

3. Совместный поиск желаемого состояния. Вопросы: «Каким бы он (родитель) хотел быть сейчас?».

4. Поиск ресурсов для желаемого состояния.

5. Работа с позитивным образом будущего. Вопросы: «И что тогда будет по-другому?» Закрепление.

Рекомендации по оказанию психологической помощи при неверии родителей в исцеление ребенка

Подобная ситуация может произойти с родителями долго болеющих детей, которые сами истощены – и эмоционально, и энергетически, и соматически. У родителей снижается мотивационный компонент к ожиданию выздоровления, они реже посещают реанимационное отделение, становятся более раздражительными и конфликтными в общении с медицинским персоналом.

Цель психологической помощи: оптимизация состояния родителя, гармонизация его ресурсного потенциала.

Задачи психологической помощи:

- «контейнирование» эмоций;
- гармонизация внутреннего психологического фона;
- информирование о психологических процессах, происходящих с родителями тяжело и длительно болеющих детей;
- информирование о семейных системах и о том, насколько важно для ребенка включенность и вера в него родителя.

В работе можно применять технику «Трехпозиционная модель ситуации». Она помогает родителям взглянуть на ситуацию глазами ребенка и ощутить, что бы они чувствовали, будучи детьми, в ситуации, в которой оказался их ребенок.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ В СИСТЕМЕ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Стратегической целью развития психологических служб в системе детского здравоохранения является совершенствование профессиональных мер психологической поддержки и содействия пациенту и его родственникам.

Основные задачи по развитию психологических служб в системе детского здравоохранения:

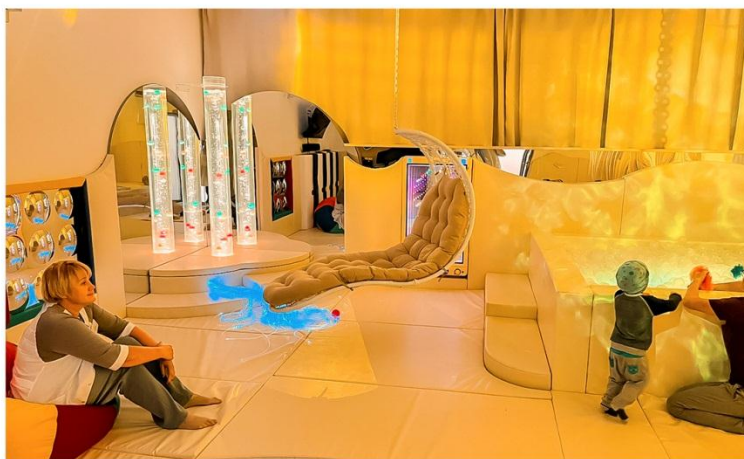
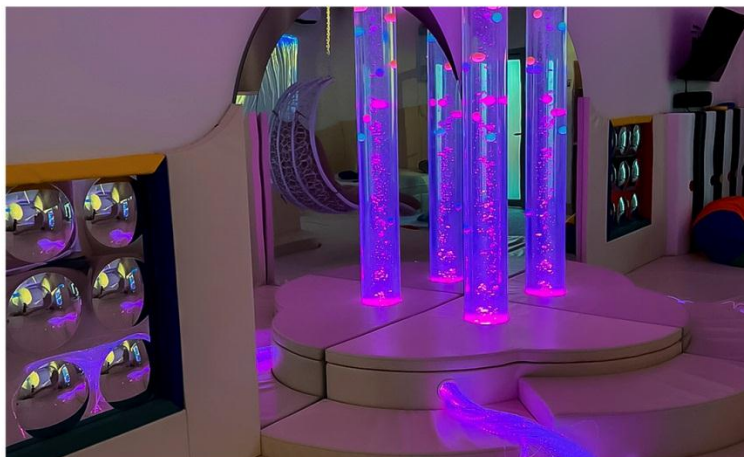
- работа на опережение в контексте внедрения новейших достижений современной психологической науки и практики;
- распространение опыта работы психологических служб в медицинских организациях и доказавших свою эффективность алгоритмов психологического сопровождения лечебного и реабилитационного процессов в системе здравоохранения;
- актуализация нормативных правовых документов по регулированию деятельности психологических служб медицинских организаций;
- внедрение передовых проектов межведомственного взаимодействия по непрерывному психологическому сопровождению различных категорий населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ананьев В.А.* Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. – М.: ГЕРРУС, 2002. – 296 с.
3. *Аринцина И.А.* Психическое развитие детей раннего возраста после оперативного вмешательства в период новорожденности в системе взаимодействия с близким взрослым // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 255–260.
4. *Аринцина И.А.* Опыт работы медицинского психолога в детском многопрофильном стационаре / Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена). – СПб.: НП Стратегия будущего, 2010. – С. 213–220.
5. *Беребин М.А.* Кризисные явления в подготовке и деятельности клинических и медицинских психологов: что дальше? // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (к 85-летию Юрия Федоровича Полякова). – М.: Моск. гос. псих.-пед. университет, 2013.
6. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
7. *Зинченко Ю.П.* Психология саморегуляции. Эволюция подходов и вызовы времени. – М.; СПб.: Нестор-История, 2020. – 472 с.
8. *Зинченко Ю.П.* Психологическое сопровождение пандемии COVID-19 / под ред. Ю.П. Зинченко. – Москва: Изд-во Моск. ун., 2021. – 597, [3] с.
9. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей. – СПб., 2000.
10. *Ковшова О.С.* Парадигма развития деятельности кафедры медицинской психологии и психотерапии ГБОУ ВПО СамГМУ в 2012–2017 гг. // Материалы круглого стола выставки «Университет – Наука – Город – 2012». – Самара, 2012. – С. 28–45.
11. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики. – СПб., 2003.

12. *Мельченко Н.И.* Справка по факультету клинической психологии в юбилейный сборник, посвященный 90-летию СамГМУ // Сборник статей, посвященный 90-летию СамГМУ. – Самара, 1998.
13. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 288 с.
14. *Фахрутдинова Л.Р.* Отношение уровней сознания и информационных составляющих зрительного восприятия, переживания и психического состояния // Актуальные проблемы педагогики и психологии: сб. научных трудов молодых ученых и студентов КГПУ/ под. ред. Р.А. Валеевой. – Казань: Изд-во Казан. гос. пед. ун-та, 2005. – Вып. 8. – Часть 2. – С. 3–6.
15. *Фахрутдинова Л.Р.* Переживание как «буферная зона» в системе взаимоотношений психических процессов и состояний // психологические исследования в педагогическом университете: Сб. статей / Под. ред. Л.Р. Фахрутдиновой, Д.В. Вилькеева, И.М. Юсупова. – Казань: Изд-во Казан. гос. пед. ун-та, 2004. – С. 36–42.
16. *Фахрутдинова Л.Р.* О психологических механизмах взаимодействия психических процессов и состояний // Психология психических состояний: сб. статей. Вып. 5 / под ред. А.О. Прохорова. – Казань: Изд-во «Центр инновационных технологий», 2004. – С. 99–108.
17. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования третьего поколения по направлению подготовки (специальности) «Клиническая психология» (030401) [Электронный ресурс]. – URL: http://www.psy.msu.ru/educat/umo/standards/030401-clin_psy.pdf (дата обращения: 08.09.2023).
18. *Шац И.К.* Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
19. *Щедрина Е.В.* Состояние и перспективы развития психологической службы в системе здравоохранения // Вопросы психологии. – 1991. – № 2. – С. 177–179 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1991/912/912177.htm> (дата обращения: 08.09.2023).
20. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999.





Приложение 1

Организация экстренной психологической помощи детям (и их семьям) из школы № 175 г. Казани, пострадавшим в трагедии 11 мая 2021 года

Утром 11 мая 2021 года в общую группу психологов поступил срочный сигнал, что в школе № 175 произошла чрезвычайная ситуация и в течение часа в клинику будут поступать дети, которые были тяжело ранены в процессе нападения.

Первое правило в работе психологов – быстрое реагирование, так как одним из принципов кризисной интервенции является безотлагательность. В течение 5 минут были отменены все текущие и запланированные приемы, через 10 минут вся команда психологического отделения собралась в приемном покое ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

До прибытия машин скорой помощи администрацией клиники были четко сформулированы задачи каждого подразделения и служб клиники. Приемный покой был поделен на зоны, с учетом поступления детей, потока родителей и родственников, организовано наличие воды, одноразовых стаканов, организованы дополнительные места для удобства ожидания родителей (стулья), открыты запасные выходы, лекарства первой необходимости для родителей и приезжающих родственников. Все это было необходимо, поскольку у людей, находящихся в остром эмоциональном состоянии, в кризисной ситуации преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся соматической симптоматикой (головокружение, сердцебиение, жажда, затрудненное дыхание и т. д.). Дополнительные помещения были открыты для работы психологов с родственниками пострадавших детей.

До приезда машин скорой помощи каждым психологом было «включено» профессиональное ресурсное состояние в нетипичной ситуации. Следует отметить, что механизм запуска этого состояния уже наработан каждым психологом на рабочих местах (в отделениях реанимации, онкологии, в работе с родителями «уходящих» детей и т. д.) через психологические техники «выравнивания» состояния.

Команда психологов была поделена на две группы: первая встречала раненых детей, которые были в сознании, параллельно

сопровождая бригаду врачей, оказывающих помощь раненым детям. Вторая группа психологов была направлена на работу с родителями пострадавших детей, на пребывающих друзей, знакомых, родственников.

Задачами первой группы психологов была психологическая поддержка пострадавших детей, информирование их обо всех медицинских манипуляциях, которые с ним проводят для снижения психоэмоционального напряжения, снятия интенсивности тревожных переживаний, формирования безопасного пространства, снятия чувства вины.

В приемный покой дети поступали в различных состояниях. Дети, доступные к контакту, были сильно напуганы, преобладало состояние психологического шока. На данном этапе важной задачей специалистов психологической службы было донести до детей, что они в безопасности.

Дети задавали вопросы о том, где тот, кто на них напал, где их родители. Психологи объясняли, что нападавший обезврежен, не опасен и навредить им не сможет, что их родители в приемном покое и скоро их навещают. Получив эти ответы, дети переключались на свое соматическое состояние.

Детям сообщалось, что их осматривают лучшие врачи и они сделают все необходимое для их выздоровления. Некоторые дети винили себя, что сделали что-то неправильное, «не сообразили», «надо было по-другому» и т. д. Большая работа была проведена психологами для убеждения детей в правильности их поведения, в снятии чувства вины, в осознании себя «Героями», которые справились наилучшим образом, что они сделали все правильно, каждый шаг был шагом, чтобы спастись.

Задачами второй группы психологов были: выбор наиболее эффективного маршрута помощи в совладании со стрессовой ситуацией, недопущение распространения паники, оперативное ориентирование в особенностях текущей ситуации, работа по снижению психоэмоционального напряжения толпы и каждого взрослого индивидуально, психотерапевтическая работа по уменьшению рисков ПТСР, работа с утратой, снижение психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций и т. д. Каждый психолог был персонально закреплен за семьей пострадавших детей.

Команда психологов, созданная для общения с родственниками пострадавших детей, одновременно работала в двух направлениях:

- во-первых – информирование: психолог, по мере получения информации от администрации, громким уверенным голосом сообщала, что происходит на данный момент, где нужно разместиться, что дети поступают и им оказывается необходимая помощь, что скоро будут сформированы списки, к ним выйдет руководство (заместитель главного врача) и родители смогут получить информацию о состоянии своих детей. Это способствовало стабилизации состояния, снижению тревожности и пониманию того, что ситуация взята под контроль.
- во-вторых – работа психологов была направлена на выявление групп риска острого стрессового дезорганизационного состояния у родителей. Если была необходимость, то таких родителей уводили от толпы в отдельные кабинеты и с ними начинал работать психолог.

Некоторые родители были в состоянии эмоционального опустошения, были отрешенными, смотрели в одну точку, не задавали вопросов, сложно вступали в контакт, что требовало от психологов использовать особые психотерапевтические техники для выведения их из данного состояния.

Другую группу родителей и родственников можно описать, как находившихся на грани срыва, в состоянии агрессии, с истерическими проявлениями в поведении, читающих социальные сети и сообщающих другим родителям, что их детей убили. С такими родителями работа начиналась с быстрого налаживания контакта, причем контакт устанавливался лично или через родственников, к которым было доверие и которых слышал родитель. Эти родители были сосредоточены на мысли, что их дети погибли. Поэтому психологическая работа в этой группе была очень сложна, но она позволяла предотвратить распространение паники.

Первостепенное значение имела экспресс-оценка субъективного отношения личности к критической ситуации, ее интерпретация и быстрое корректирование образа чрезвычайной ситуации, образа сильных сторон ребенка, его способности справляться со сложностями.

Необходимо отметить, что через несколько часов, когда родители стали более спокойными, их перевели в благотворительную

семейную гостиницу «Мы вместе», где им был предоставлен обед. Далее при участии психологов была проведена встреча с Министром здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко, министром здравоохранения Республики Татарстан М.Н. Садыковым и главным врачом ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» А.И. Зиятдиновым, на которой открыто задавались вопросы и были получены профессиональные ответы по дальнейшим лечению и маршрутизации детей.

Совместно с психологами после соответствующей психологической подготовки родители были сопровождены в отделение реанимации, где находились пострадавшие дети.

Во время нахождения в стационаре каждого ребенка и его семью ежедневно сопровождали психологи. У наблюдаемых детей клиническая картина в основном определялась высоким уровнем тревоги, стойким снижением настроения, которые часто влекли за собой снижение эмоциональной, психической и иногда физической активности, возникали проблемы со сном. Во время беседы с психологом дети часто односложно, формально отвечали на вопросы, замыкались при попытке заговорить с ними о случившемся в школе, либо, наоборот, слишком бурно реагировали, много рассказывали, плакали.

Психологами проводился ежедневный скрининг эмоционального состояния детей для поддержания и поиска новых ресурсов, создания эмоционально комфорта, создания обстановки доверия, безопасности, уверенности в выздоровлении.

Психологами применялись методики арт-терапии, когнитивно-поведенческие техники и телесные практики (дыхание, релаксация, трансовые методики и т. д.).

Параллельно проходила работа с родителями, находящимися с ребенком. Осуществлялись поддержка и обучение родителя адаптивному и уверенному поведению, активное слушание жалоб и наблюдений родителей, вентиляция их психоэмоционального состояния.

Важным для родителей было информирование, что происходит или может происходить в психологическом состоянии ребенка, какие могут быть симптомы (регрессия, капризы, кошмарные сны, агрессия или апатия), информирование и обучение, каким образом на это реагировать, поддержка имеющихся ресурсов и помощь в нахождении новых.

Осуществлялась помощь родителям и в контакте с персоналом, с обозначением необходимости и особой значимости в сотрудничестве с врачами и медсестрами. Использовались методы когнитивно-поведенческого спектра, позитивной психотерапии, телесно-ориентированные техники, а также приемы экзистенциальной психотерапии. Для оптимизации детско-родительских отношений проводились консультации с применением игровых методов, направленных на доверие, эффективную коммуникацию, эмоциональную близость и вовлеченность.

В качестве приглашенного специалиста каждого ребенка осмотрел психиатр, выявил у многих симптомы посттравматического стрессового состояния и выдал каждому необходимые рекомендации.

Одним из важных видов психологической деятельности было сопровождение ребенка в ситуации взаимодействия с правоохранительными органами. Осуществлялась подготовка ребенка к проведению дознавательных мероприятий с обязательным присутствием психолога на самом процессе взаимодействия следователя с ребенком. В зависимости от возраста и состояния ребенка психологом устанавливались временные границы и способы взаимодействия с ребенком. После процедур опроса психологи проводили время с ребенком, отслеживая его состояние. При необходимости проводились мероприятия, направленные на восстановление стабильного эмоционального состояния, преодоление стресса и ретравматизацию.

В процессе психологической подготовки ребенка и его семьи к выписке или переводу в другие стационары выстраивалась дальнейшая маршрутизация психологического сопровождения с необходимыми контактами для связи со специалистами других учреждений.

Психолог проводил инструктаж и информирование родителей в отношении симптомов, которые могут проявляться в дальнейшем, как с ними справляться и в каких случаях необходимо обращаться за помощью к психологам и психиатрам. В случае необходимости психолог доводил до сведения родителей о необходимости реабилитации и дальнейших занятий с психологом или психотерапевтом.

Проводились кризисные интервенции, ресурсно-ориентированные сессии, просветительские сессии с разбором

наиболее эффективных форм работы в постстрессовом состоянии в домашних условиях с обучением необходимых техник – как для родителей, так и для ребенка. Осуществлялись консультативные сессии с целью работы по текущим запросам каждого ребенка и семьи, направленные на повышение восстановления уровня социальной и личностной адаптации. Подчеркивалась значимость создания здоровой социальной обстановки.

В отдельных случаях психологическое сопровождение осуществляется до сих пор. Для детей, поступающих для дальнейшего лечения и реабилитации, разрабатываются индивидуальные программы психологической реабилитации и коррекции в зависимости от состояния ребенка, результатов психологического обследования, потребностей, запроса семьи. При необходимости организуются семейные консультации, консультации нейропсихолога, логопеда и других специалистов.

Уникальность данного случая – в оперативном реагировании и максимальном использовании всех возможных подходов из разных направлений психокоррекции и психотерапии. Каждый из психологов ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» является и универсальным специалистом-практиком, и профессионалом в конкретном направлении психотерапевтической работы, поэтому помощь детям и их семьям оказывалась силами команды мультидисциплинарных психологов с участием нейропсихологов, арт-терапевтов, подростковых психологов, гештальт-терапевтов, НЛП-терапевтов, кризисных терапевтов, когнитивно-поведенческих терапевтов, специалистов по психоанализу и телесно-ориентированной терапии, семейных терапевтов и ресурсно-ориентированных специалистов. Благодаря возможностям собранной четко взаимодействующей команды удалось осуществить оказание психологической помощи детям и семьям, пережившим трагедию вооруженного нападения на школу, на качественно новом уровне.

Приложение 2

Описание проективной диагностически-коррекционной методики «Преодоление препятствий» (Л.Г. Горохова)

Цель: раскрытие и осознание ресурсов личности, направленных на трансформацию и улучшенное реконструирование своей реальности.

Задачи методики:

- осознание своих проблемных зон в конкретной ситуации;
- осознание своих ведущих копинг-стратегий;
- актуализация имеющихся ресурсов личности и их осознание;
- моделирование и раскрытие нового ресурсного потенциала личности;
- создание условий для самораскрытия;
- стимулирование рефлексии;
- развитие нового опыта самоощущения и самораскрытия.

Методика предназначена для подростков и взрослых, она также может быть использована для детей с 7 лет при высоком сохранном интеллекте.

Теоретическая основа.

Еще на заре становления современной психологической науки произвольные рисунки использовались для изучения психологии поведения (Торрей Д., 1999 и др.). Зачастую «откровения» изобразительного продукта не осознаются или сознательно скрываются автором на вербальном уровне, но невольно становятся графическими свидетельствами для подготовленного специалиста (психолога, арт-терапевта и др.). Такое отношение к изобразительному продукту отразилось в психологическом феномене «проективный рисунок» и, соответственно, в диагностических проективных методах и методиках. Психологический принцип проекции обнаруживается в основе всех видов художественного творчества: субъект отражает, проецирует на изобразительный продукт свои неосознаваемые или скрываемые потребности, комплексы, вытеснения, переживания, мотивы. В любом человеке, как в подготовленном, так и в неподготовленном, заложена способность к проецированию своих внутренних состояний в

визуальной форме. Согласно К. Махвер (2003 г.), любой детский рисунок является проективным по отношению к внутреннему психическому состоянию личности. Особенности социальных обстоятельств развития, семейной ситуации, эмоциональное и физическое самочувствие и другие факторы влияют на построение художественного образа, композицию, использование пространства, цвета, символики, на характер движений. Графические методы позволяют человеку не только проецировать реальность, но и по-своему интерпретировать ее. Естественно, полученный результат в значительной мере отражает настроение, состояние, особенности внутреннего мира «художника».

Диагностика, основанная на анализе изобразительной деятельности, применима при обследовании различных возрастных групп. Большинство психологов и терапевтов склоняются к мнению о ее незаменимости в работе с детьми. Этот вид диагностики оправдан в работе с различными эмоциональными проявлениями личности (застенчивостью, молчаливостью, скромностью, заторможенностью; агрессивностью, жестокостью, чрезмерной подвижностью; упрямством, своенравием и т. д.), поскольку в изобразительном продукте отражается предыдущий эмоциональный опыт субъекта.

В проективных графических методах изобразительный образ становится для специалиста диагностическим материалом. При этом используются стандартные шкалы формальных элементов, производится структурное (или формально-структурное) расчленение рисунка, качественный и количественный анализ характерных деталей, интерпретация с целью выяснения индивидуально-личностных характеристик автора графического продукта. Приоритетными формальными составляющими принято считать линию, форму, цвет в их взаимосвязанной динамике, а также другие аспекты и способы символического выражения средствами изобразительного творчества.

Использование в методике технологий НЛП базируется на современном направлении в постэриксоновской психотерапии, развиваемом с 1975 года Р. Бендлером (R. Bandler) и Дж. Гриндером (J. Grinder), а также на изучении и анализе практики М. Эриксона, В. Сатир, Ф. Перлса и других представителей американской психотерапии, на современных данных о межполушарной асимметрии, о различиях в переработке информации правым и левым

полушарием, на работах Г. Бейтсона, посвященных экологии разума, на трансформационной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения и на теории логических типов Рассела.

Материал: 3 листа формата А4, цветные карандаши.

Описание методики:

Клиенту предлагается поработать над его проблемной ситуацией и новыми способами ее решения. Задачами клиента будет, отвечая на вопросы психолога, рисовать предлагаемые задания и, интерпретируя их, выходить на новый уровень осознанности, раскрывая дополнительные ресурсы и новое восприятие себя. Методика обладает как диагностическим, так и психолого-терапевтическим потенциалом.

Инструкция:

1. «Перед тобой чистый белый лист бумаги. Раздели его на равные четыре части».
2. «В первом левом верхнем прямоугольнике подумай и нарисуй препятствие /или препятствия» (терапевт «проглатывает» окончание слова, давая клиенту самому определиться в количестве препятствий).

В процессе рисования психолог уточняет:

- О чем ты сейчас думаешь? / Какие у тебя мысли?
- Что ты сейчас чувствуешь? / Какие у тебя эмоции?
- Что ты чувствуешь в теле?

Фиксируя ответы, осуществляется процесс диагностики и сбора материала личностных конструкторов психического для дальнейшей коррекции.

3. «Хорошо, а теперь подумай и нарисуй в нижнем левом прямоугольнике – а как ты преодолеваешь препятствие/препятствия?»

Дальше, чуть позже, когда созрел образ, психолог уточняет:

- А о чем ты сейчас думаешь? / Какие у тебя мысли?
- Что ты сейчас чувствуешь? / Какие у тебя эмоции?
- Какие у тебя ощущения в теле?

Фиксируя ответы, осуществляется процесс диагностики и сбора материала личностных конструкторов и ведущих стратегий для дальнейшей коррекции и осознанности процесса динамики психического у клиента.

4. «А теперь подумай и нарисуй – как бы ты хотел преодолевать препятствие /препятствия? Нарисуй в правом верхнем прямоугольнике».

Когда начнет рисовать, создаст образ, продолжаем говорить: «Невозможного нет!!!» – Создавая убеждение, что возможно все!

Далее психолог уточняет:

– А о чем ты сейчас думаешь? / Какие у тебя мысли?

– Что ты сейчас чувствуешь? / Какие у тебя эмоции?

– Какие у тебя ощущения в теле?

Фиксируя ответы, осуществляется процесс диагностики и отслеживание осознанности динамики деятельности психического здоровья у клиента. В норме у клиента будет ощущаться «прилив энергии». С помощью психологических приемов снятия блоков, работы с негативными убеждениями и т. д. необходимо довести до ощущения «прилива энергии», повышения настроения, веры в себя и т. д. у клиента.

5. Для клиентов до 18 лет задается вопрос: «И когда у тебя все это есть, то ты тогда кто»? Клиенту предлагается ответить на этот вопрос («Я.... Я – герой, Я – творец, Я – всемогущий ...» и т. д.) и нарисовать в нижнем четвертом прямоугольнике себя с ресурсами. Задача на принятие нового образа себя с возможностью телесно прожить новый ресурсный опыт.

***Для клиентов старше 18 лет со сформированной с психологом внутренней опорой, с целями взять ответственность за свои поступки и действия дается следующая часть методики:**

*На пике позитивного ресурсного состояния психологом задаются следующие провокационные вопросы:

– А что же ты тогда так не живешь?

– Да ладно, прям так живешь?

– А кто тебе мешает так жить?

– Кто за эти действия отвечает?

В момент осознания клиентом своей ответственности психолог предлагает: «Подумай и нарисуй “Я-препятствие” в нижнем четвертом углу».

6. После того, как клиент нарисовал «Я-препятствие», предлагается взять новый чистый лист бумаги и организовать процесс так, чтобы клиент положил новый лист на старый, тем самым создав эффект

закрытия, метафорически создавая эффект возможности начать все с «чистого листа», заново, открывая новые пути решения:

«Раздели его на четыре равных многоугольника.

В левом верхнем прямоугольнике нарисуй “Я-препятствие”».

В процессе рисования спрашиваем:

– Какие у тебя мысли?

– Что ты сейчас чувствуешь?

– Какие у тебя эмоции?

– Какие у тебя ощущения в теле?

Обращаем внимание на все изменения.

«Хорошо, а теперь подумай и нарисуй, как ты преодолеваешь это препятствие (настоящее время)».

В процессе спрашиваем:

– Какие у тебя мысли?

– Что ты сейчас чувствуешь?

– Какие у тебя эмоции?

– Какие у тебя ощущения в теле?

Клиент может начать осознавать свои более глубинные ресурсы, которые у него есть.

«А теперь подумай и нарисуй, как ты преодолеваешь это препятствие, когда невозможного нет. ВОЗМОЖНО ВСЕ!!!»

В процессе спрашиваем:

– Какие у тебя мысли?

– Что ты сейчас чувствуешь?

– Какие у тебя эмоции?

– Какие у тебя ощущения в теле?

– И тогда ты кто?

– А теперь нарисуй в нижнем прямоугольнике «Я ...» («Я источник», «Я свет...»)

Психолог заякоряет это ресурсное состояние клиента. И может предложить идти дальше по пути развития, предлагая снова взять «белый, чистый лист бумаги...

И у тебя всегда есть возможность,

И ты сам знаешь, И сам решаешь, И делаешь так, как считаешь...»

Литература:

1. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003–160 с.
2. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании арт-терапии. – СПб.: Речь, 2006. – 336 с.
3. Плигин А. Золотые россыпи современного НЛП. – М.: Твои книги, 2009. – 460 с.
4. О'Коннор Дж., Сеймор Дж. Введение в нейролингвистическое программирование / пер. с англ. – Челябинск: «Версия», 1997. – 256 с.

Приложение 3

Методика «Архетипическая стена»: опыт применения психологических феноменов в реабилитации в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»



На основе современных достижений психологической науки и практики совместно с кафедрой общей психологии Института психологии и образования ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», совместно с профессором Фахрутдиновой Лилией Раифовной разработан комплекс «Архетипическая стена», повышающий реабилитационный потенциал и ресурсы ребенка и его семьи. Комплекс направлен на применение психологических архетипов в детском здравоохранении в рамках психологического сопровождения процессов реабилитации.

Востребованность проекта обусловлена тем, что пациенты большее количество времени проводят в коридорах отделения в ожидании процедур. Благодаря разработанному комплексу «Архетипическая стена» у детей и родителей появилась возможность использовать время ожидания более продуктивно, получая благоприятное воздействие на здоровье и психику.

Цель: раскрытие потенциальных возможностей и обретение скрытых ресурсов психики для оптимизации процесса реабилитации.

Теоретической основой для данного комплекса послужила характеристика архетипов, представленная в работах К.Г. Юнга,

Г. Адлера, Р. Джонсона, Х.Э. Керлот, Дж. Купера и др., а также исследования влияния архетипических структур на переживания подростков профессора Л.Р. Фахрутдиновой.

Архетипы включены в структуру психики каждого человека и являются проводником влияния группового сознания человеческого рода, человеческой стихией, имеющей свою энергию, свой мощнейший потенциал воздействия на психику человека через его бессознательные структуры.

Архетипы представляют собой ту часть психики, которая предопределяется всем культурно-историческим развитием человечества и зафиксирована в индивидуальном психическом складе в виде наследуемых структур, определяющих склонность индивида отвечать миру определенным образом. Для каждой народности, национальности и других этнических групп архетипические представления имеют свою специфику, но за всем этим многообразием коллективных представлений проявляются общие родовые признаки. Архетипические символы лежат в основе сказкотерапии, юнгианской психотерапии и др.

Мы использовали образы архетипов для оптимизации процессов реабилитации детей, подростков и взрослых, находящихся в поле влияния «Архетипической стены».

Описание метода.

Комплекс, повышающий реабилитационный потенциал, «Архетипическая стена» – результат совместной творческой деятельности художников и представителей психологической науки и практики. «Архетипическая стена» представляет собой конгломерат визуальных образов в виде картин (1,5 на 2,5 м) протяженностью 14 м, находящихся на стене в отделении реабилитации ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

Проходя вдоль стены, пациент получает последовательное, поэтапное влияние от визуальных образов определенных архетипических структур, оказывающих специфическое воздействие через актуализацию в бессознательном определенной доминанты архетипа.

Данное воздействие условно можно разделить на два типа:

- прямое, когда подключается психолог и проводит непосредственную психотерапевтическую работу;

- не прямое – работает по схеме «скрытой рекламы или скрытых социальных программ».

Психотерапевтический эффект воздействия основывается на принципах сказкотерапии и активизации визуального сенсорного канала, через который оказывается влияние на бессознательные структуры психики. Результатом пребывания у «Архетипической стены» является актуализация глубинной работы на включение резервных ресурсов организма для оптимизации процесса реабилитации.



Последовательность архетипического ряда такова: Самость (Божественное дитя), Тень и Смерть, Герой, Царь (Царица), Самость (Божественное дитя).

Время быстрого прохождения через всю стену для ребенка составляет примерно 3–5 минут, но при неспешном прохождении, при задержке около определенных фрагментов (неосознаваемое желание получить недостающий тип символической энергии) прохождение может занимать до 15–20 минут.

Начало и завершение архетипического ряда приходится на архетип Самости (Божественного дитя). Данный архетип олицетворяет внутреннее, истинное «Я» человека, интегратор всего психического, осуществление высшего в себе, жизненность, свежесть, очищение, яркий свет разума, расцвет, рост, аутентичность. «Божественное дитя» представлено образами Феникса, возрождающегося из пепла, помощи божественных сил, животного, эльфа, гнома, жемчужины, сущности Атмана, сына, дочери, подростка, девушки, цветка, золотого яйца и др.

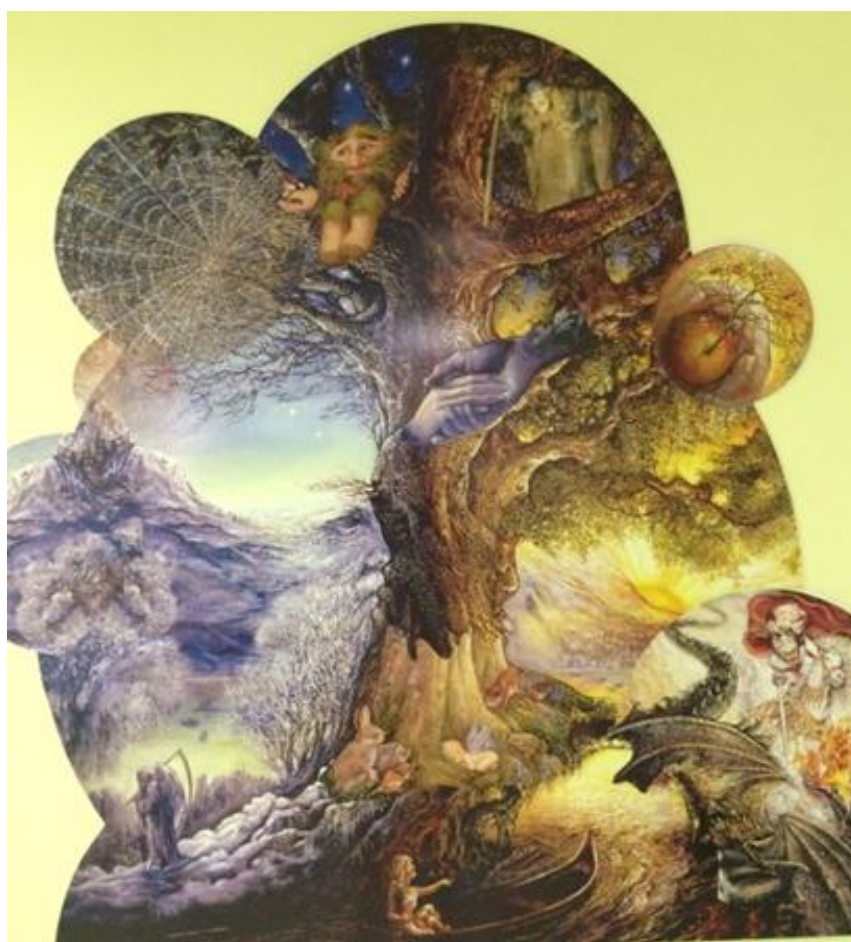


Восприятие данного фрагмента через символическое послание бессознательному ведет к активизации той части психики, которая связана с групповым сознанием человеческого рода, и данное послание пробуждает процессы самоисцеления, вызывает позитивный, оптимистичный жизненный настрой, вызывает прилив сил, вдохновение, ощущение, что жизнь прекрасна, активизирует жизнеутверждающие тенденции, любовь к жизни, чувство наслаждения самим жизненным процессом в его аутентичном воплощении.

Данный фрагмент стены запускает и процессы саморазвития, пробуждает ресурсы организма, ведущие к исцелению, восстановлению и развитию. Возникает некая жизнеутверждающая интенциональность, порыв к жизни, ощущения начала и перспективы, желание жить, любить, познавать этот мир, наслаждаться и радоваться своему росту, полноте бытия.

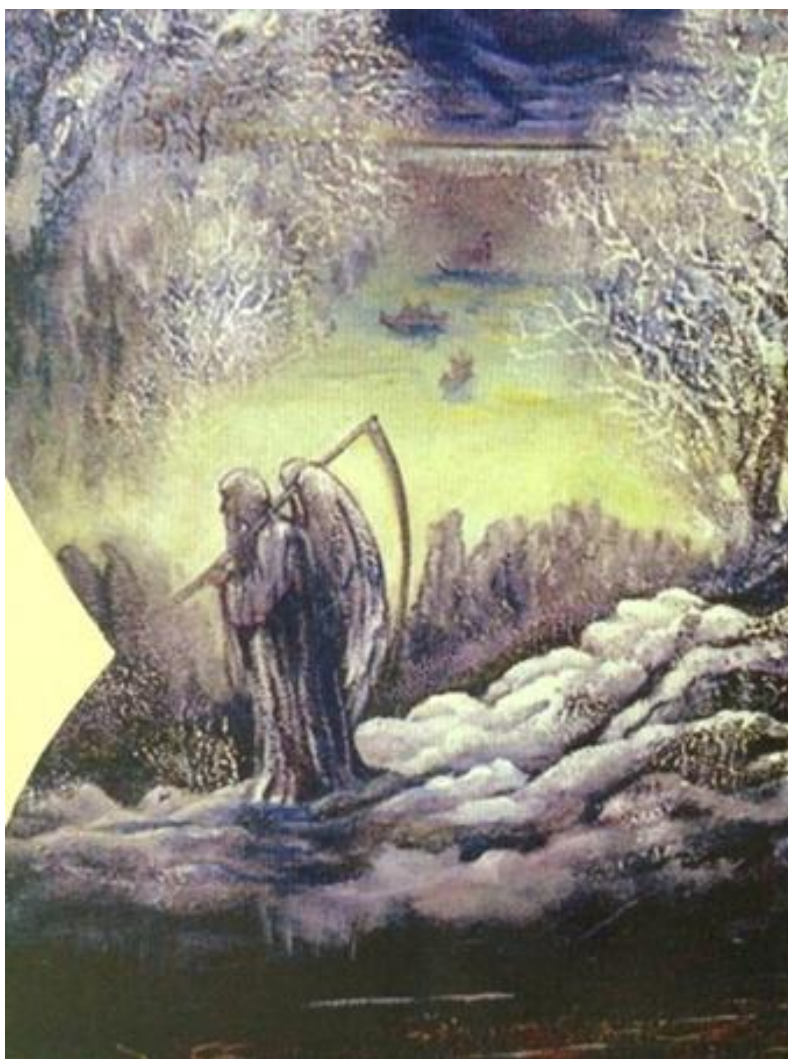
Далее после архетипа «Божественное дитя» субъект архетипического взаимодействия попадает под влияние архетипа «Тень и Смерть».

Архетип «Тень» представлен образами темных сил, тьмы, зла, леших, ведьм и др. нечистой силы.



Данный архетип означает все негативное, злое, ненавистное, темное, нереализованное, что человек в себе подавляет и проецирует вовне. Он связан с такими понятиями, как обреченность, насилие, болезни, жажда власти, славы, успеха, мимолетность «человеческой жизни», данного момента, без будущих проекций («Хочу все и сейчас», «Получить или погибнуть»).

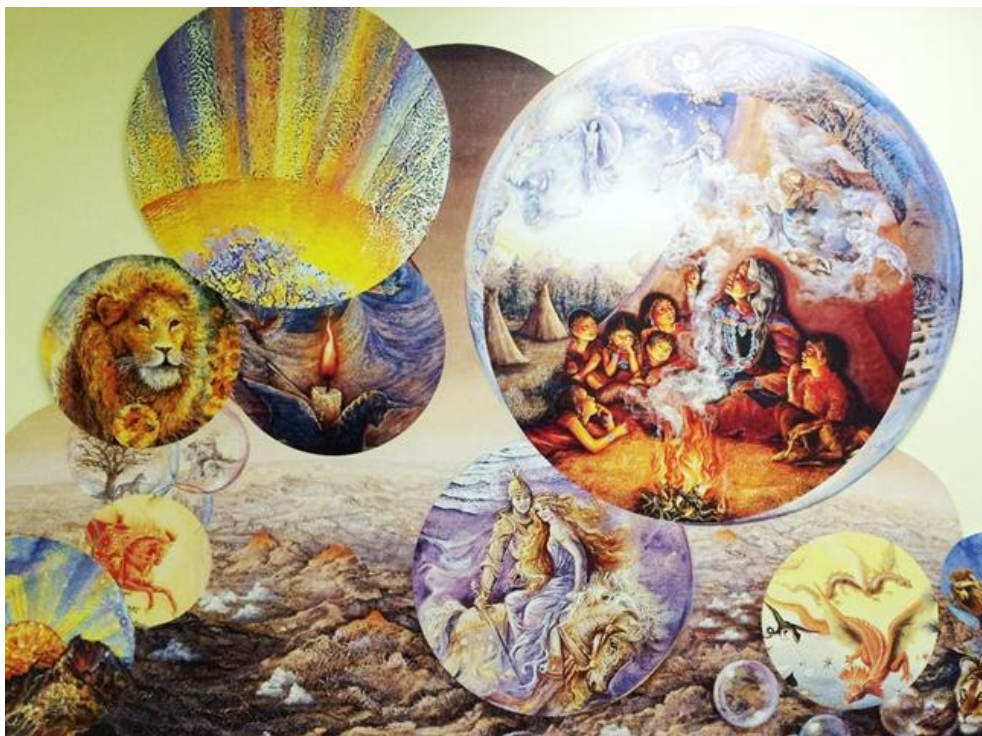
В то же время архетип «Тень» олицетворяет подавленный потенциал, который человек в себе игнорирует, подавляет, отрицает, нереализованное творческое начало. Это та часть, которая включает в себя психологические причины возникновения, развития и поддержания патологических процессов в организме, осознание которой приведет к принятию ее как собственной части, отвергаемой силы. Процесс познания природы недуга позволяет человеку взглянуть на свою болезнь с новой стороны, принять ту силу, которая в потенциале содержится за болезнью, как проявлению Архетипа «Тень».



«Смерть» представлена образами Бессмертия через видоизменение, Любви и/или Разрушения, Смерти и Возрождения, Женщины, Тринадцати, Скорпиона, Конца, Превращения человека, Прощания. Данный женский архетип означает трансформацию, отмирание старого во имя того, чтобы освободить дорогу новому (диада Жизнь-Смерть). Здесь присутствует страх перед переменами и в то же время признание целесообразности происходящего, умение прощать и прощаться (расставаться). Данный архетип актуализирует психологический процесс перехода из состояния болезни в состояние здоровья, прощания со старыми стереотипами мышления, поддерживающими патологические процессы в организме.



Архетип «Герой» представлен образами Принца, Принцессы, полубога, Геркулеса, Одиссея, на долю которых выпали испытания и трудности, с которыми они, в конечном счете, справились и вышли победителями. Данная архетипическая структура означает стойкость, мужественность, героизм, предельность при достижении целей. Для данного архетипа характерны проявление самоотверженности, смирения с лишениями и трудностями. Но Героя ждет победа, которая ставит его на пьедестал, его возвышает, трансформирует до иного качества. Принцы и Принцессы после лишений преобразуются как личности, очищаются от пороков и становятся достойными своего высокого предназначения. Для Героя его путь – это путь развития, совершенствования, испытания трансформации.



По дороге Герой встречает мудрецов (актуализация архетипа «Мудрец»), ему приходится принять тот факт, что жизнь имеет разные стороны, что приводит к интеграции всего психического целого в гармоничное центральное Я, воплощающим Самость человека, и в конце данного путешествия он осваивает свой центр жизнеутверждения, жизнерадостности и жизнелюбия через архетип «Самость (Божественное дитя)», олицетворяющий процесс полного исцеления и здоровья.

Таким образом, разработанный комплекс, повышающий реабилитационный потенциал, «Архетипическая стена» позволяет применять бессознательные механизмы психики и скрытые ресурсы человека, силы группового сознания и культурно-исторические феномены для активации процессов восстановления психики и организма, а также выстраивать более оптимальные и конструктивные копинг-стратегии. Данное воздействие подобно механизмам арт-терапии, климатолечения, лечения природными факторами, цветотерапии, фототерапии, ландшафтотерапии, применяемыми при реабилитации больных, в том числе – в условиях санаторно-курортного лечения.



Литература:

1. *Адлер Г.* Лекции по аналитической психологии. – М.: Изд-во «Рефл-бук», «Ваклер», 1996. – 281 с.
2. *Фахрутдинова Л.Р.* Переживание и архетипы / Психология переживания человека. – Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2008. – 676 с. – С. 505–540.
3. *Юнг К.Г.* Структура психики и архетипы / К.Г. Юнг; [пер. Т.А. Ребеко]. – М.: Академический проект, 2007. – 302,[1] с. – (Психологические технологии).
4. *Юнг К.Г.* Душа и миф. Шесть архетипов / К.Г. Юнг; пер. А.А. Спектор. – М.: АСТ; Минск: Харвест, 2005. – 400 с.
5. *Юнг К.Г.* Психика: Структура и динамика / К.Г. Юнг; пер. [А.А. Спектор]; науч. ред. М.В. Марищу. – М.: АСТ; Минск.: Харвест, 2005. – 414,[1] с.
6. *Юнг К. Г.* Сознание и бессознательное / К. Г. Юнг; пер. с нем. [В. Бакусев]. – М.: Академический проект, 2007. – 187,[1] с. – (Психологические технологии).
7. *Фахрутдинова Л.Р.* Теория переживания. – Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2009. – 416 с.
8. *Фахрутдинова Л.Р.* Теория переживания субъекта. – Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2015. – 116 с.

Приложение 4**Комплекс направлений деятельности психологической службы**

*Приложение 5***Алгоритм психологического сопровождения лечебного процесса
в работе мультидисциплинарной бригады****I ЭТАП**

- оценка психического состояния ребенка и семьи
- сохранение и мобилизация внутренних ресурсов ребенка
- организация и мобилизация резервов внешнего окружения ребенка (семьи, социума)
- проведение психодиагностических мероприятий
- разработка мультидисциплинарного проекта абилитации и / или реабилитации ребенка на основании диагноза, течения заболевания и дальнейшего прогноза

II ЭТАП

- психологическая работа в направлении повышения адаптивных способностей ребенка и семьи
- формирование мотивации к процессам абилитации /реабилитации у всех членов семьи
- работа с психологической составляющей заболевания
- работа с социально-психологической системой и ее влиянием на протекание заболевания

III ЭТАП

- работа в направлении повышения адаптивных способностей с выработкой новых способов взаимодействия со средой (новые способы поведения, реконструкция интеллектуально-личностной сферы, самосознания и т. д.)
- расширение адаптационных возможностей
- развитие базовых основ психического здоровья, повышение уровня духовности
- создание тематических групп развития, школ родительства
- психологическое сопровождение семьи в условиях дистанционного режима и в режиме онлайн (при необходимости)

Приложение 6

Алгоритм индивидуальной консультации ребенка на этапе постановки сложного диагноза

I этап – установление психологического контакта

1. Знакомство и обсуждение правил взаимодействия в условиях психологической консультации:

- представьтесь ребенку, спросите, как к нему обращаться;
- обсудите суть психологической консультации, расскажите, что психолог – это специалист, который помогает людям справляться с тяжелыми жизненными ситуациями;
- обсудите вопрос конфиденциальности.

2. Выявление уровня знаний о диагнозе:

- спросите, что он на сегодняшний день знает о диагнозе, откуда он получил свои знания;
- дайте необходимые разъяснения (с учетом возрастных особенностей) о протекании заболевания и его лечении.

3. Фокусировка внимания на решении задач, связанных комплаенсом:

- снимите напряжение, связанное с постановкой диагноза;
- сфокусируйте его внимание на решении проблем «здесь и сейчас»;
- способствуйте повышению психологической готовности ребенка к сотрудничеству со специалистами;
- мотивируйте ребенка на конструктивное взаимодействие с врачом и родителями;
- мотивируйте ребенка на дальнейшее сотрудничество с психологом.

II этап – диагностический

1. Диагностика текущего эмоционального состояния:

- Цветовой тест (М. Люшер);
- Тест «Рисунок человека»;
- Шкала самооценки уровня тревожности (Спилберг-Ханин).

2. Диагностика индивидуально-типологических черт личности:

- Характерологический опросник (К. Леонгард);

- Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур (ТиГР).

3. *Диагностика отношений в семье:*

- Анкета взаимоотношений в семье;
- Тест «Рисунок семьи».

III этап – психологический

1. *Обсуждение результатов тестирования.*

2. *Выбор путей повышения психологической компетентности:*

- определение личных целей ребенка (подростка) для саморазвития;
- мотивация на психотерапевтическую работу для решения «личных целей» ребенка (подростка).

3. *Психотерапевтическая работа, направленная на прохождение всех этапов переживания горя до первичного принятия болезни:*

- работа с агрессией;
- преодоление стресса;
- пути выхода из депрессии.

Приложение 7

Алгоритм индивидуальной консультации ребенка на этапе психологического сопровождения лечебного процесса

I этап – установление психологического контакта

1. Знакомство и обсуждение правил взаимодействия в условиях психологической консультации:

- представьтесь ребенку, спросите, как к нему обращаться;
- обсудите суть психологической консультации, расскажите, что психолог – это специалист, который помогает людям справляться с тяжелыми жизненными ситуациями;
- обсудите вопрос конфиденциальности.

2. Выявление уровня знаний о диагнозе:

- спросите, что он на сегодняшний день знает о диагнозе, откуда он получил свои знания;
- дайте необходимые разъяснения (с учетом возрастных особенностей) о принципах сохранения здоровья при данном заболевании.

3. Фокусировка внимания на решении задач, связанных с лечением данного заболевания:

- снимите напряжение, связанное с контролем заболевания;
- сфокусируйте внимание на решении проблем ближайшего будущего.

4. Повышение психологической готовности ребенка к сотрудничеству со специалистами:

- мотивируйте ребенка на конструктивное взаимодействие с врачом и родителями;
- мотивируйте ребенка на дальнейшее сотрудничество с психологом.

II этап – диагностический

1. Диагностика эмоционального статуса пациента:

- Цветовой тест (М. Люшер);
- Шкала депрессии (Бек);
- Шкала самооценки уровня тревожности (Спилберг-Ханин).

2. Диагностика личностных особенностей пациента:

- Характерологический опросник (К. Леонгард);
- Опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (А.А. Реан).

3. Диагностика качества жизни и психологического благополучия пациента:

- Опросник по качеству жизни для детей с СД1;
- Шкала психологического благополучия;
- Шкала веры в справедливый мир.

4. Диагностика отношений ребенка со значимыми взрослыми:

- Поведение родителей и отношение подростков к ним (ПОР);
- Семейная социограмма «Круги»;
- Тест «Рисунок семьи»;
- Шкала социальной поддержки.

Приложение 8

Алгоритм индивидуальной консультации членов семьи ребенка (подростка) на этапе постановки сложного диагноза (например, сахарный диабет 1-го типа)

I этап – установление психологического контакта

1. Знакомство и обсуждение правил взаимодействия в условиях психологического консультирования:

- представьтесь родителям, спросите, как к ним обращаться;
- обсудите суть психологической консультации, расскажите, что психолог – это специалист, который помогает людям справляться с тяжелыми жизненными ситуациями;
- обсудите вопрос конфиденциальности.

2. Выявление уровня знаний о диагнозе:

- спросите, что родители на сегодняшний день знают о диагнозе, откуда они получил свои знания;
- дайте необходимые разъяснения (с учетом индивидуально-личностных особенностей) о протекании заболевания и его лечении.

3. Фокусировка родителей на решении задач, связанных с лечением заболевания:

- снимите напряжение, связанное с постановкой диагноза;
- сфокусируйте внимание на решении проблем «здесь и сейчас».

4. Повышение психологической готовности родителей к сотрудничеству со специалистами:

- мотивируйте членов семьи на конструктивное взаимодействие с врачами и медперсоналом;
- мотивируйте членов семьи на дальнейшее сотрудничество с психологом.

II этап – диагностический

1. Диагностика текущего эмоционального состояния:

- Цветовой тест (М. Люшер);
- Тест депрессии (Бек);
- Шкала самооценки уровня тревожности (Спилберг-Ханин).

2. Диагностика индивидуально-типологических черт личности:

- Экспресс-диагностика типов личности по дихотомической шкале: уверенность (в себе) – открытость (к другим).

3. Диагностика отношений в семье:

- Тест родительского отношения;
- Опросник по качеству жизни для родителей с СД1.

III этап – психологический**1. Обсуждение результатов тестирования.****2. Выбор путей повышения психологической компетентности:**

- постановка целей оказания помощи ребенку (подростку);
- совместная разработка путей оказания помощи ребенку (подростку) с СД1 с учетом внутрисемейных и социальных условий.

3. Психотерапевтическая работа, направленная на прохождение всех этапов переживания горя до первичного принятия болезни:

- преодоление стресса;
- пути выхода из депрессии.

Приложение 9

Алгоритм индивидуальной консультации членов семьи ребенка (подростка) с сахарным диабетом 1-го типа в кризисной ситуации

I этап – установление психологического контакта

1. Знакомство и обсуждение правил взаимодействия в условиях психологического консультирования:

- представьтесь родителям, спросите, как к ним обращаться;
- обсудите суть психологической консультации, расскажите, что психолог – это специалист, который помогает людям справляться с тяжелыми жизненными ситуациями;
- обсудите вопрос конфиденциальности.

2. Выявление уровня знаний о сахарном диабете 1-го типа (СД1):

- спросите, что родители на сегодняшний день знают о диагнозе, откуда они получил свои знания;
- дайте необходимые разъяснения (с учетом индивидуально-личностных особенностей) о протекании заболевания и его лечении.

3. Фокусировка родителей на решении задач, связанных с лечением СД1:

- снимите напряжение, связанное с контролем заболевания;
- сфокусируйте внимание на решении проблем ближайшего будущего.

4. Повышение психологической готовности родителей к сотрудничеству со специалистами:

- мотивируйте членов семьи на конструктивное взаимодействие с врачами и медперсоналом;
- мотивируйте членов семьи на дальнейшее сотрудничество с психологом.

II этап – диагностический

1. Диагностика эмоционального состояния родителей:

- Цветовой тест (М. Люшер);
- Тест депрессии (Бек);
- Шкала самооценки уровня тревожности (Спилберг-Ханин).

2. Диагностика индивидуально-типологических особенностей личности:

- Характерологический опросник (К. Леонгард);
- Опросник «Мотивация успеха и боязнь неудач» (А.А. Реан).

3. Диагностика качества жизни и психологического благополучия:

- Опросник по качеству жизни для родителей детей (подростков) с СД1;
- Шкала психологического благополучия;
- Шкала веры в справедливый мир;
- Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР).

4. Диагностика семейных отношений:

- Анализ семейных взаимоотношений (АСВ);
- Семейная социограмма «Круги».

III этап – психокоррекционный

1. Обсуждение результатов тестирования.

2. Выбор путей повышения психологической компетентности:

- постановка целей оказания помощи ребенку (подростку) с СД1;
- совместная разработка путей оказания помощи ребенку (подростку) с СД1 с учетом внутрисемейных и социальных условий.

3. Психотерапевтическая работа (индивидуальная и групповая):

- повышение мотивации к сохранению здоровья ребенка;
- разработка алгоритмов выхода из кризисной ситуации;
- обучение приемам профилактики синдрома эмоционального выгорания;
- повышение уверенности в себе и осознанности собственной жизни;
- обучение приемам релаксации и аутотренинга.

Приложение 10

Алгоритм проведения психологической консультации по внебюджетной деятельности медицинского учреждения

1. При наличии информации о клиенте – ознакомиться с ней до начала консультации.
2. Знакомство: представиться, сообщить информацию о себе и о продолжительности консультации.
3. Попросить пациента предъявить договор на оказание платной медицинской услуги и талон внутрибольничной консультации.
4. Убедиться о наличии подписи пациента (законного представителя) в строке, предназначенной для добровольного информированного согласия.
5. Второй экземпляр договора и чек об оплате остается у пациента (законного представителя).
6. Сбор информации о клиенте: Ф.И.О. родителя и состав семьи, Ф.И.О. и возраст ребенка, посещение им детских образовательных учреждений (детского сада/школы), сведения о здоровье ребенка, состоит ли на учете у специалистов, были ли визиты к психологу, психотерапевту, психиатру ранее.
7. Уточнение причины обращения к психологу.
8. Проведение консультации.
9. Обсуждение результатов консультации:
 - 9.1. в случае необходимости – получить устное согласие законного представителя на собеседование с ребенком без его присутствия;
 - 9.2. в случае необходимости – получить согласие пациента старше 14 лет на собеседование с его законным представителем без его присутствия.
10. По окончании консультации, при необходимости, выдается документ о проведении психологической консультации.
11. Договор на оказание платной медицинской услуги и талон внутрибольничной консультации возвращаются в отдел внебюджетной деятельности.

*Приложение 11***Алгоритм экстренной психологической помощи
в условиях приемного отделения
детского медицинского учреждения**

Шаг 1. После получения сигнала от руководителя (администрации, дежурного врача) психолог должен остановить свою текущую деятельность и прибыть в приемное отделение в течение 10 минут. Четко и беспрекословно выполнять указание руководителя. Количество психологов определяется запросом (один специалист – если помощь требуется одному ребенку, два и более психологов присоединяются, если помощь необходима еще и сопровождающим ребенка).

Шаг 2. Включаем состояние «Ресурсного специалиста». Использование техник самонастройки (например, «Нейрологические уровни специалиста»).

Шаг 3. Установление ненавязчивого контакта, формирование доверительной связи с пострадавшим, применяем приемы активного слушания, подстройку, безопасную среду для общения.

Шаг 4. Диагностика психоэмоционального статуса, сбор информации. В процесс беседы психолог встраивает диагностический инструментарий для определения текущего состояния пациента, его актуальных потребностей и переживаний.

Шаг 5. Формирование психологического запроса: из беседы психолог формирует экстренные (актуальные) и пролонгированные «мишени» для оказания психологической помощи.

Шаг 6. Оказание экстренной индивидуальной психологической помощи. Учитывая актуальное соматическое состояние и психоэмоциональный статус ребенка, психолог оказывает пострадавшему кризисную интервенцию, проводит работу по снятию острой стрессовой реакции, работу с острым горем и т. д. Работа психолога направлена на актуализацию личностных ресурсов, принятие сложившейся ситуации, поиск и актуализацию стратегий совладания, регуляцию актуального психического состояния. При оказании индивидуальной психологической помощи специалист работает с конкретной проблемой; результат работы – стабилизация психического состояния пострадавшего.

Шаг 7 (при разовой консультации). Психолог дает рекомендации ребенку, сопровождающим его лицам, лечащему врачу и (при необходимости) предлагает план дальнейшей психологической маршрутизации.

Шаг 8 (при госпитализации в стационар). Психолог дает рекомендации родителям ребенка и лечащему врачу (при необходимости). После оказания экстренной психологической помощи психологом составляется индивидуальная программа сопровождения данного ребенка в стационаре.

*Приложение 12***Алгоритмы речевых модулей коммуникативных процессов для медицинского персонала. Модель поведения медицинского работника с законными представителями ребенка**

Ожидая встречи с врачом, родители больного ребенка нередко представляют себе общение с личностью, чей профессионализм отражается не только в рабочих моментах, но и накладывает отпечаток на его внешность, поведение и речь. Порой родители испытывают разочарование, встречаясь «всего лишь» с добросовестным тружеником и хорошим специалистом. Если при этом нарушаются правила деонтологии, то возникает повод для недоразумений. Полезно воспользоваться следующими рекомендациями:

1. Контакт устанавливают в первую очередь с ребенком – как только родители отмечают, что ребенок не сопротивляется врачу, у них появляется к врачу больше доверия.

2. Доверие к врачу вызывается его поведением, личным примером, человеческими качествами. Примером, внушающим доверие детям и родителям, служит образ спокойного, внимательного, оптимистичного, аккуратного врача, сохраняющего здоровый цвет лица, правильную осанку, не курящего, с доброжелательной, понятной речью.

3. Убеденное и четкое изложение сведений о больном ребенке в доброжелательной и мягкой форме, свидетельствующее о высокой компетенции врача, вызывает доверие к нему лично и к учреждению, которое он представляет.

4. Минимизация /подавление страха у ребенка и его близких – одна из главных деонтологических задач, решению которой способствуют перечисленные выше качества врача и некоторые приемы – отвлечение, шутка и др.

5. Соблюдение известной дистанции при условии предельной доброжелательности облегчает взаимопонимание в сложных ситуациях.

6. Проявление таких душевных качеств, как внимание, доброта, забота, вносит успокоение в сознание родителей.

7. Твердая воля при предъявлении родителям определенных требований облегчает лечебный процесс, так как родители, порой теряющие самообладание, не всегда понимают, что их поведение отражается на состоянии ребенка.

8. Внушение ребенку и его родным мысли о том, что они сами заинтересованы и нуждаются в выполнении врачебных предписаний, снимает многие деонтологические трудности.

Приложение 13**Алгоритм психологического сопровождения
онкологического отделения**

1. Поступление заявки от врача/медицинского отделения.
2. Запросы к психологу по оказанию психологической помощи в таких случаях, как:
 - острые стрессовые реакции родителя, ребенка; отрицание; депрессия;
 - адаптация к заболеванию;
 - ухудшение лабораторных показателей ребенка;
 - ухудшение состояния на фоне побочного действия препаратов /процедур;
 - отказ от процедур (например, отказ сбрить волосы);
 - страх выписаться из больницы;
 - рецидив заболевания;
 - принятие паллиативного статуса;
 - перевод в хоспис;
 - смерть ребенка.
3. Цель психологической помощи: сопровождение эффективного хода лечения на разных его этапах.
4. Задачи:
 - стабилизация состояния;
 - поиск ресурсов;
 - снятие напряжения;
 - психообразование;
 - психодиагностика и психокоррекция.

Алгоритм организации психологической помощи

1. Получение заявки от лечащего врача. Беседа с лечащим врачом для уточнения запроса консультации.
2. Изучение истории болезни.
3. Знакомство с пациентом и его родителями (законными представителями), выявление психологического запроса.
4. Проведение психологической консультации. Помощь в выстраивании пошаговой тактики психологических сессий. Рекомендации для самостоятельной работы над проблемой. Получение обратной связи от пациента.
5. Получение обратной связи от лечащего врача.

Приложение 14

Психологические рекомендации родителям, чьи дети проходят лечение в онкогематологическом отделении

Эта информация может помочь детям, родителям и остальным членам семьи вместе пережить непростой период госпитализации и лечения в онкогематологическом отделении.

Мы постараемся ответить на вопросы, которые могут беспокоить как родителей, так и детей, страдающих этими заболеваниями. Кроме того, здесь представлены советы, помогающие детям справляться с физическими и эмоциональными изменениями в период прохождения лечения и после него.

Разговор с ребенком

Родители, помните, что вы знаете своего ребенка, как никто другой.

Ваш ребенок должен получать от вас полезную, точную и правдивую информацию.

Не забывайте о голосе и выражении лица, оставайтесь спокойными во время разговора с ребенком. Старайтесь быть нежными, открытыми и честными – так ваш ребенок будет доверять вам и знать, что на вас можно положиться.

- Если возраст вашего ребенка менее 1 года: чаще берите его на руки, это даст ему ощущение спокойствия, очень важно наладить тактильный контакт. Принесите знакомые предметы из дома, например игрушки или одеяло. Поговорите или спойте своему ребенку, звук вашего голоса успокоит его. Постарайтесь придерживаться такого же режима кормления и сна, как это было до болезни.
- Если возраст вашего ребенка от 1 до 2 лет: найдите /придумайте для него безопасные способы игры. Малышам в этом возрасте нравится делать выбор, поэтому пусть ваш ребенок выбирает стикер или вкус лекарства, когда это возможно. Пытайтесь заранее подготавливать ребенка к неприятным или болезненным процедурам.

- Если возраст вашего ребенка от 3 до 5 лет: чтобы помочь ребенку лучше ознакомиться с лечением, которое ему предстоит пройти, узнайте у врача, может ли он дотрагиваться до оборудования, машин или принадлежностей (труб, бинтов). Заранее подготавливайте ребенка к неприятным процедурам. Постарайтесь отвлекать его игрушками или сказками.
- Если возраст вашего ребенка от 6 до 12 лет: дети школьного возраста понимают, что лекарства и лечение помогают им выздороветь. В этом возрасте дети задают много вопросов, поэтому будьте готовы ответить на них или найти ответы вместе. Помогайте ребенку оставаться на связи с друзьями и семьей.
- Если ваш ребенок уже в подростковом возрасте: подростки часто сосредотачиваются на том, как рак меняет их жизнь, дружеские отношения, внешность или деятельность. Они могут испугаться или разозлиться на то, что рак изолировал их от друзей и былой жизни. Ищите способы помочь подростку оставаться на связи с друзьями. Оставляйте своему ребенку место для личного пространства и свободы, которые у него были до болезни, а также привлекайте его к вопросам, касающимся лечения.

*Приложение 15***Психологические запросы при онкологических заболеваниях**

**Адаптация к диагнозу, к госпитализации,
к изменению условий жизни семьи**

Формирование мотивации к лечению

**Коррекция страха смерти, медицинских процедур,
осложнений**

Принятие себя и формирование «Образа Я»

Преодоление нарушений социальной адаптации

**Предупреждение
посттравматического стрессового расстройства**

Выявление психологической травмы

Коррекция детско-родительских отношений

Работа с тревожностью и агрессией

Работа с болью

Работа по принятию внешнего вида

Формирование конструктивных копинг-стратегий

Приложение 16

**Алгоритм психологического сопровождения
изоляционно-диагностического отделения**

1	Запросы:	<ul style="list-style-type: none"> • неумение общаться, отсутствие друзей; • неумение контролировать и выражать свои эмоции; • повышенная тревожность у родителей в отношении ребенка; • гиперконтроль со стороны родителей; • заикленность на успеваемости в школе как у ребенка, так и у родителя
2	Цели:	<ul style="list-style-type: none"> • повышение стрессоустойчивости; • совершенствование саморегуляции; • повышение уровня социальной адаптации; • расширение стратегий самоконтроля; • наработки навыков умения выражать свои эмоции; • содействие свободному, естественному развитию ребенка
3	Задачи:	<ul style="list-style-type: none"> • формирование позитивной самооценки родителя, снятие тревожности; • формирование позитивных установок в сознании родителя; • оптимизация родительско-детских отношений; • создание условий для адаптации ребенка в больнице; • создание позитивного, здорового образа ребенка у родителей
4	Алгоритм:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заявка от лечащего врача. 2. Уточнение запроса врача. 3. Знакомство с пациентом и его родителями (законными представителями). Первичная беседа, установление контакта с ребенком. 4. Беседа с родителями, направленная на получение информации о предшествующих этапах развития ребенка. 5. Наблюдение за ребенком. 6. Психодиагностика ребенка (его психологического состояния). 7. При необходимости – проведение краткосрочной экстренной психологической помощи. 8. Рекомендации родителям

Приложение 17**Алгоритм психологического сопровождения
в неврологическом отделении**

Целевая аудитория психолога в неврологическом отделении:

- дети раннего возраста с нарушениями развития;
- дети с эпилепсией;
- дети с речевыми нарушениями.

1	Запросы:	<ul style="list-style-type: none">• коррекция психоэмоционального состояния ребенка и родителей при госпитализации и в период последующей реабилитации;• нормализация сна, работа со страхами
2	Цели:	<ul style="list-style-type: none">• решение психологических проблем ребенка;• помощь в установлении детско-родительских отношений;• информирование о причинах возникновения психологических проблем и способах их разрешения
3	Задачи:	<ul style="list-style-type: none">• актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий возникшего заболевания;• решение проблем эмоционального характера ребенка и родителей, стабилизация эмоционального состояния;• психологическая работа над осознанным подходом к собственной жизни и комплаенсом к лечению
4	Алгоритм:	<ol style="list-style-type: none">1. Получение заявки от лечащего врача, беседа с ним для уточнения запроса консультации.2. Изучение истории болезни.3. Знакомство с пациентом, выявление его запроса.4. Проведение психологической консультации. Помощь в выстраивании пошаговой тактики психологических сессий. Рекомендации для самостоятельной работы над проблемой. Получение обратной связи от пациента.5. При необходимости проводится серия консультаций с посещением комнаты сенсорной интеграции.6. Получение обратной связи от лечащего врача.7. В случаях неоднозначных патопсихологических состояний психики ребенка рекомендуется обращение к специалистам (психиатру, психотерапевту)

Приложение 18

**Алгоритм психологического сопровождения
при кардиологических патологиях**

В кардиохирургическом отделении осуществляется лечение патологий сердца и коронарных сосудов, проводятся кардиохирургические вмешательства (аортокоронарное шунтирование, операции на клапанах сердца, стентирование).

1	Запросы:	<ul style="list-style-type: none"> • депрессивное состояние детей и родителей; • активное сопротивление пациента медицинским процедурам; • снятие острой реакции у родителей при сообщении им тяжелого диагноза; • переживания ребенка по поводу пребывания в реанимации; • уменьшение страхов перед лечением в стационаре; • неадекватное восприятие родителями прогноза заболевания; • отказ от лечения; • работа с горем при утрате ребенка
2	Алгоритм:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Получение заявки от лечащего врача. 2) Сбор информации от лечащего врача о соматическом состоянии пациента, изучение семейной истории и истории болезни. 3) Работа с родителями и с ребенком по запросу врача. 4) Психодиагностика текущего состояния ребенка. 5) Выстраивание схемы психологического сопровождения. 6) При необходимости проводится серия консультаций с посещением комнаты сенсорной интеграции. 7) Получение обратной связи от лечащего врача. 8) В случаях неоднозначных патопсихологических состояний психики ребенка рекомендуется обращение к дополнительным специалистам (психиатру, психотерапевту)

Приложение 19

Алгоритм психологического сопровождения в отделении реабилитации

Основные нозологические формы в реабилитационном отделении:

- последствия черепно-мозговой травмы с двигательными нарушениями (парезы, нарушения координации) и речевыми нарушениями;
- последствия травм спинного мозга с двигательными нарушениями;
- последствия цереброваскулярных заболеваний с двигательными нарушениями (парезы, нарушения координации) и речевыми нарушениями;
- последствия нарушений спинального кровообращения (парезы, нарушения координации, расстройства функции тазовых органов);
- последствия перинатального поражения центральной нервной системы с двигательными нарушениями (парезы, параличи, нарушения координации, атаксия);
- последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы (менингит, энцефалит, миелит, энцефаломиелит, менингоэнцефалит) с двигательными нарушениями (парезы), речевыми расстройствами, экстрапирамидными и мозжечковыми нарушениями;
- последствия оперативного лечения доброкачественных новообразований головного мозга и других отделов центральной нервной системы с двигательными и речевыми нарушениями, последствия оперативной коррекции врожденных пороков развития, в том числе в перинатальном периоде.

Направления психологической работы:

- нейропсихологическая диагностика детей;
- нейропсихологическое сопровождение детей;
- психологическая поддержка детей-инвалидов в краткосрочном (1–4 встречи) и долгосрочном (15 и более) формате;
- психологическая коррекция проблем в развитии и адаптации к реальной социальной среде;

- помощь в личностном и социальном развитии детей с ограниченными возможностями;
- поддержка подростков, имеющих инвалидность, формирование стабильного «Я»;
- помощь в ориентировании родителей в особенностях и проблемах ребенка-инвалида, предоставление родителям информации по вопросам развития и воспитания, осознания сильных и слабых сторон ребенка;
- оказание поддержки семьям, оказавшимся в сложных ситуациях.

Алгоритм работы:

1. Получение заявки от лечащего врача; заявка берется в работу в течение дня.
2. Беседа с лечащим врачом для уточнения запроса.
3. Изучение истории болезни.
4. Первая консультация с родителями ребенка, если они пребывают в стационаре.
5. Знакомство с ребенком.
6. Диагностика эмоционального состояния и когнитивного развития ребенка.
7. Разработка психокоррекционного сопровождения.

Приложение 20

Показания для психологической консультации

- Ребенок не выходит из палаты, не контактирует с окружением, не играет, односложно отвечает на вопросы, не смотрит в глаза, не отзывается на свое имя.
- Ребенок психоэмоционально истощен (апатия, вялость, отсутствие эмоций).
- Ребенок расторможен, мешает другим, часто капризничает, много плачет, не соблюдает правил поведения и социального взаимодействия.
- Ребенок нарушает режим дня и дисциплину в отделении.
- Фиксация ребенка на болезни.
- Болевой синдром у ребенка при отсутствии объективных данных о наличии соматической патологии; истерические реакции (аггравация, симуляция, конверсия).
- Наличие у ребенка страха медицинских манипуляций, смерти, инвалидизации.
- Выявление у ребенка в анамнезе серьезных стрессовых ситуаций, психотравм.
- Тяжелое течение основного заболевания, острое состояние ребенка.
- Ребенка не навещают родители или другие члены семьи, не поддерживают с ним контакт; ребенок не хочет домой.
- У ребенка неопрятный, неухоженный внешний вид; несоблюдение правил личной гигиены.
- Наличие у ребенка шрамов, порезов, следов от «странных» ожогов, синяков, неопределенных символов и надписей на теле.
- Ребенок и/или родитель не принимают диагноз.
- Ребенок и/или родитель испытывают чувство вины.
- Ребенок и/или родитель не выполняют назначения врача, игнорируют рекомендации.
- Ребенок и/или родитель проявляют агрессивность.
- Предъявление родителем выраженных жалоб психологического характера в отношении медицинского персонала и/или лечебного процесса.

- Конфликтная ситуация в отделении («ребенок–ребенок», «родитель–родитель», «родитель–ребенок», «родитель/ребенок–персонал отделения»).
- Родитель нуждается в поддержке при критическом состоянии ребенка.
- Родитель психоэмоционально истощен (апатия, пассивность, бездеятельность), чрезмерно беспокоен, тревожен.

Приложение 21

Алгоритм сопровождения ребенка в ОРИТ

Если сознание ребенка нарушено:

1. Провести сбор анамнеза, консультацию с лечащим врачом о соматическом статусе ребенка, актуальных запросах, психоэмоциональном состоянии родителей.

2. Провести консультативную ресурсно-ориентированную беседу с родителями. Дать им психологические рекомендации по сопровождению своего ребенка в ОРИТ. Выстроить с родителями доверительный контакт.

3. Проведение психологической сессии ребенку с использованием элементов визуализации и сказкотерапии.

4. Проведение психологической сессии с использованием тактильно-сенсорного оборудования.

5. Проведение психологической сессии с использованием элементов ароматерапии.

6. Проведение психологической сессии с использованием подобранных звуков и мелодий, знакомых ребенку.

Если ребенок в сознании:

1. Проведение беседы с лечащим врачом о соматическом статусе ребенка, его актуальных запросах, психоэмоциональном состоянии родителей.

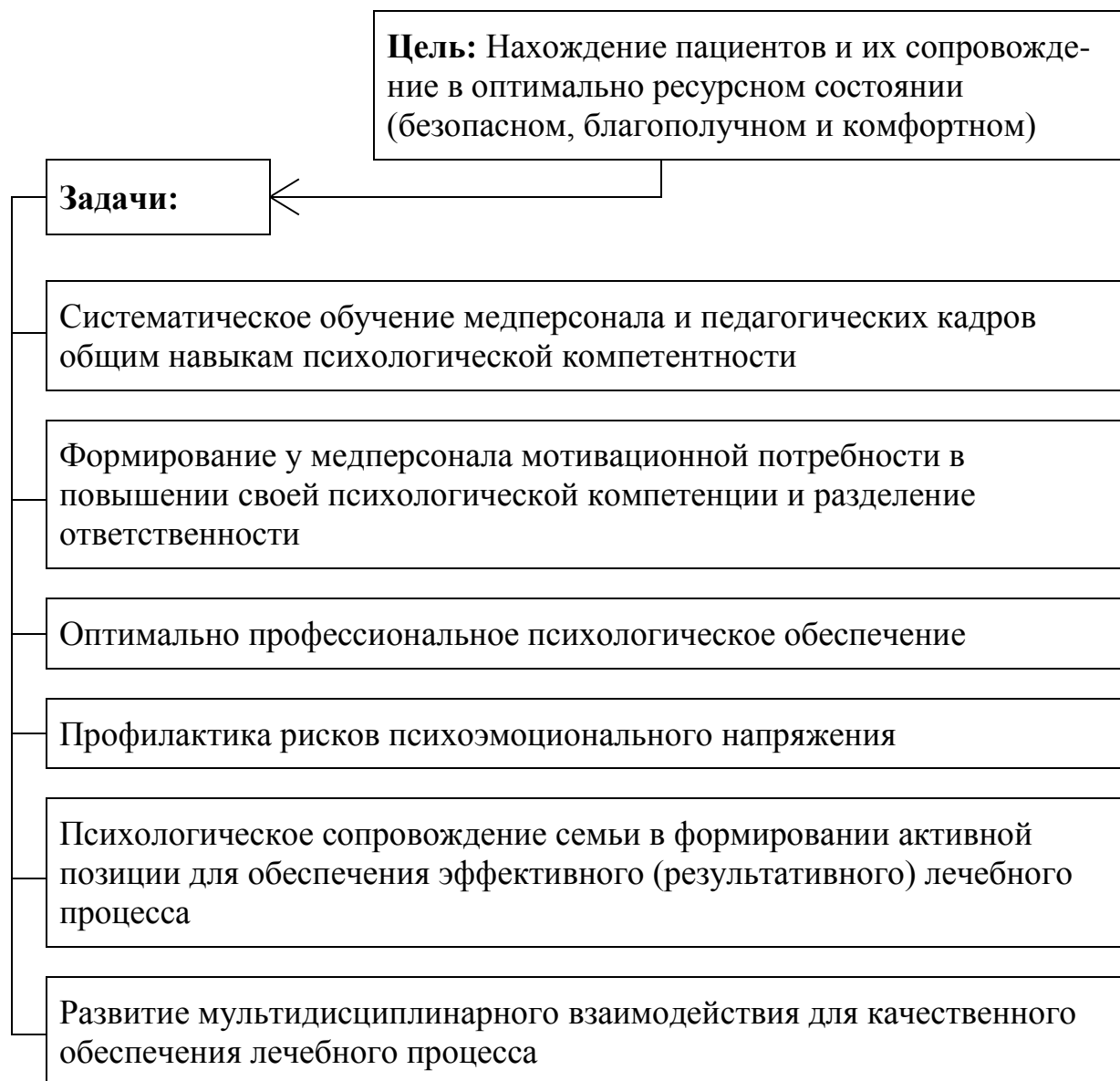
2. Проведение консультативной ресурсно-ориентированной, акцентированной на повышение адаптационного потенциала сессии с родителями с выстраиванием доверительного контакта.

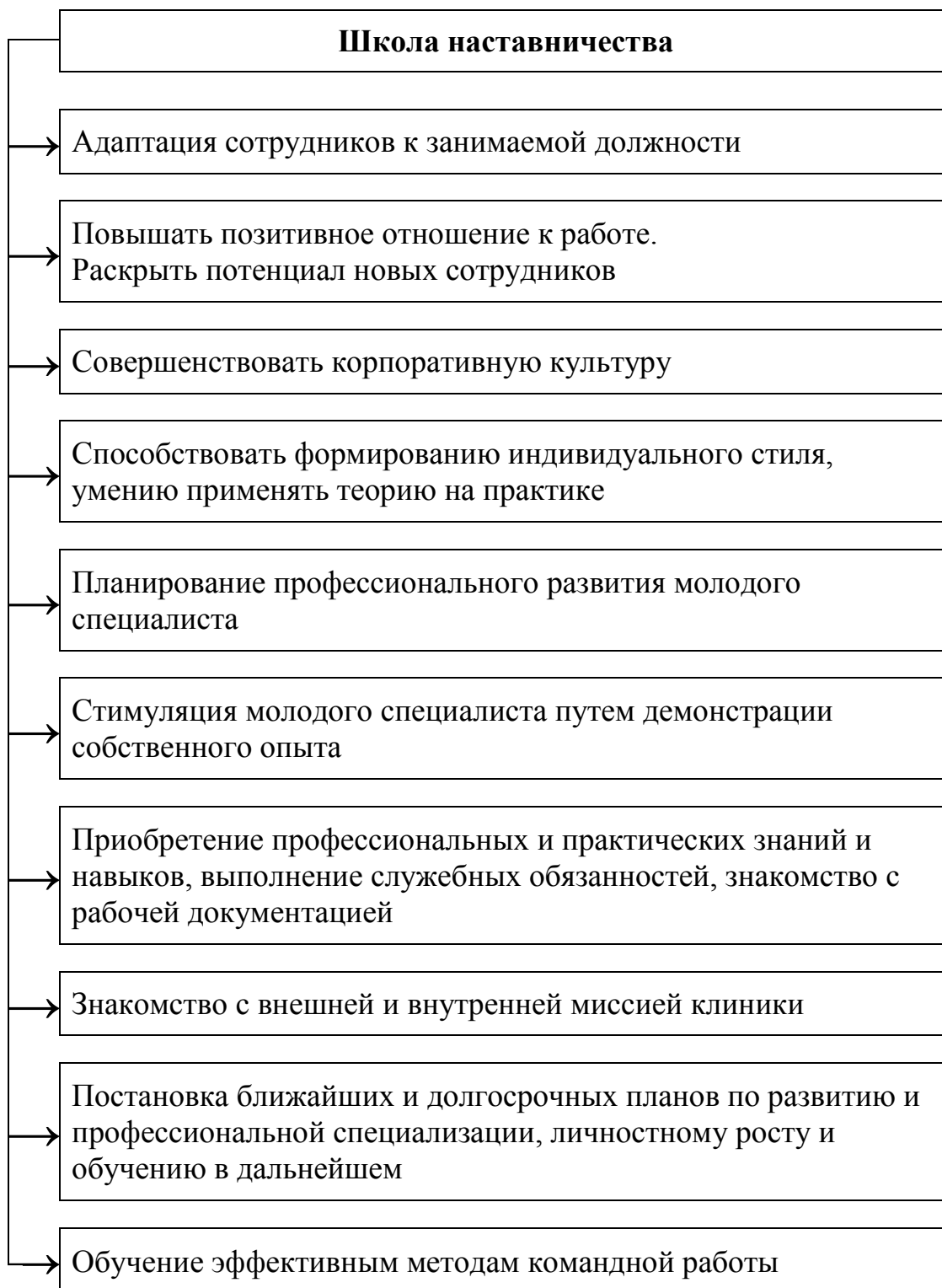
3. Провести ресурсно-ориентированную адаптационную сессию с ребенком с целью определить его текущий психоэмоциональный статус, его ресурсный потенциал и его отношение к собственному состоянию.

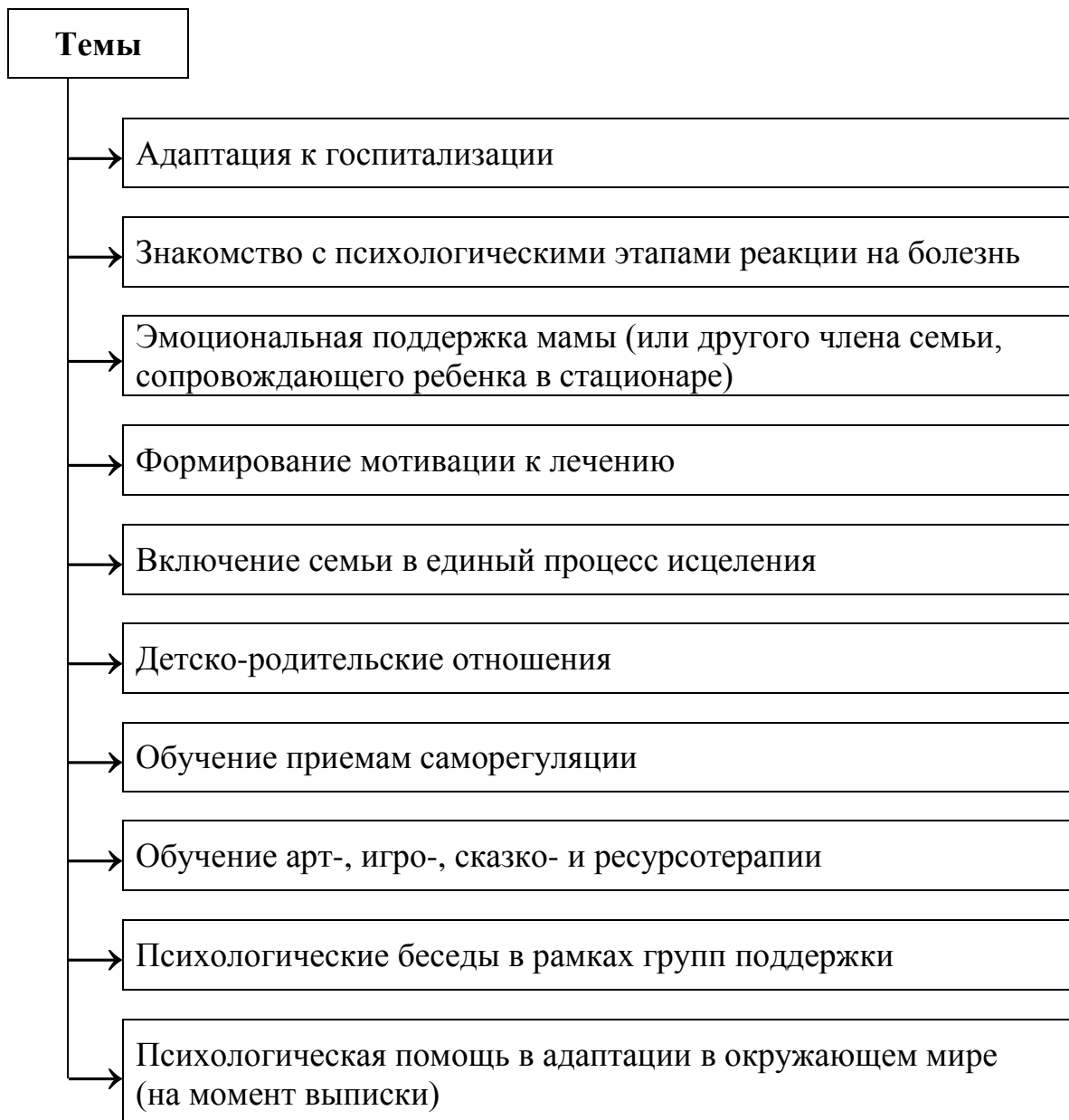
4. Составить программу индивидуального сопровождения ребенка в ОРИТ.

Приложение 22

Концепция развития психологической службы



Приложение 23**Организация психологических школ наставничества**

*Приложение 24***Организация психологических школ родительства**

АВТОРСКИЕ ТЕХНИКИ

Клинический психолог Эльвира Морозова рекомендует

Работая с детьми и их родителями, я часто использую Таблицу чувств. Эта простая шпаргалка помогает им лучше понять свои эмоции и чувства.

Прежде чем предложить Таблицу чувств, я провожу предварительную беседу с целью наладить доверительный контакт с пациентом и/или с родителями.

И каждый раз я спрашиваю про настроение. Чаще всего мне отвечают: «Нормальное настроение» или «Хорошее/плохое».

Тогда я снова задаю вопрос: «А что значит «нормальное настроение»? Хорошее/плохое?» И вот тут наступает пауза... И дети, и родители затрудняются на этот вопрос ответить.

И в таких случаях меня выручает Таблица чувств.

ГНЕВ	СТРАХ	ГРУСТЬ	РАДОСТЬ	ЛЮБОВЬ
БЕШЕНСТВО	УЖАС	ГОРЕЧЬ	СЧАСТЬЕ	НЕЖНОСТЬ
ЯРОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	ТОСКА	ВОСТОРГ	ТЕПЛОТА
НЕНАВИСТЬ	ИСПУГ	СКОРЬБЬ	ЛИКОВАНИЕ	СОЧУВСТВИЕ
ИСТЕРИЯ	ОЦЕПЕНЕНИЕ	ЛЕНЬ	ПРИПОДНЯТОСТЬ	БЛАЖЕННОСТЬ
ЗЛОСТЬ	ПОДОЗРЕНИЕ	ЖАЛОСТЬ	ОЖИВЛЕНИЕ	ДОВЕРИЕ
РАЗДРАЖЕНИЕ	ТРЕВОГА	ОТРЕШЕННОСТЬ	УМИРОТВОРЕНИЕ	БЕЗОПАСНОСТЬ
ПРЕЗРЕНИЕ	ОШАРАШЕННОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	УВЛЕЧЕНИЕ	БЛАГОДАРНОСТЬ
НЕГОДОВАНИЕ	БЕСПОКОЙСТВО	БЕСПОМОЩНОСТЬ	ИНТЕРЕС	СПОКОЙСТВИЕ
ОБИДА	БОЯЗНЬ	ДУШЕВНАЯ БОЛЬ	ЗАБОТА	СИМПАТИЯ
РЕВНОСТЬ	УНИЖЕНИЕ	БЕЗНАДЕЖНОСТЬ	ОЖИДАНИЕ	ИДЕНТИЧНОСТЬ
УЯЗВЛЕННОСТЬ	ЗАМЕШАТЕЛЬСТВО	ОТЧУЖДЕННОСТЬ	ВОЗБУЖДЕНИЕ	ГОРДОСТЬ
ДОСАДА	РАСТЕРЯННОСТЬ	РАЗОЧАРОВАНИЕ	ПРЕДВКУШЕНИЕ	ВОСХИЩЕНИЕ
ЗАВИСТЬ	ВИНА, СТЫД	ПОТРЯСЕНИЕ	НАДЕЖДА	УВАЖЕНИЕ
НЕПРИЯЗНЬ	СОМНЕНИЕ	СОЖАЛЕНИЕ	ЛЮБОПЫТСТВО	САМОЦЕННОСТЬ
ВОЗМУЩЕНИЕ	ЗАСТЕНЧИВОСТЬ	СКУКА	ОСВОБОЖДЕНИЕ	ВЛЮБЛЕННОСТЬ
ОТВРАЩЕНИЕ	ОПАСЕНИЕ	БЕЗЫСХОДНОСТЬ	ПРИНЯТИЕ	ЛЮБОВЬ К СЕБЕ
	СМУЩЕНИЕ	ПЕЧАЛЬ	НЕТЕРПЕНИЕ	ОЧАРОВАННОСТЬ
	СЛОМЛЕННОСТЬ	ЗАГНАНОСТЬ	ВЕРА	СМИРЕНИЕ
	ПОДВОХ		ИЗУМЛЕНИЕ	ИСКРЕННОСТЬ
	НАДМЕННОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБИЕ
	ОШЕЛОМЛЕННОСТЬ			ДОБРОТА
				ВЗАИМОВЫРУЧКА
МЫСЛИ (или состояния человека) ВЫЗВАННЫЕ ГАММОЙ ЧУВСТВ:				
НЕРВНОСТЬ	РАСКАЯНИЕ	ТУПИК	УДОВЛЕТВОРЕНИЕ	СОПЕРЕЖИВАНИЕ
ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ	БЕЗВЫХОДНОСТЬ	УСТАЛОСТЬ	УВЕРЕННОСТЬ	СОПРИЧАСТНОСТЬ
НЕДОВОЛЬСТВО	ПРЕВОСХОДСТВО	ПРИНУЖДЕНИЕ	ДОВОЛЬСТВО	УРАВНОВЕШЕННОСТЬ
ВРЕДНОСТЬ	ВЫСОКОМЕРИЕ	ОДИНОЧЕСТВО	ОКРЫЛЕННОСТЬ	СМИРЕНИЕ
ОГОРЧЕНИЕ	НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ	ОТВЕРЖЕННОСТЬ	ТОРЖЕСТВЕННОСТЬ	ЕСТЕСТВЕННОСТЬ
НЕТЕРПИМОСТЬ	НЕУДОБСТВО	ПОДАВЛЕННОСТЬ	ЖИЗНЕРАДОСТЬ	ЖИЗНЕЛЮБИЕ
ВСЕДОЗВОЛЕННОСТЬ	НЕЛОВКОСТЬ	ХОЛОДНОСТЬ	ОБЛЕГЧЕНИЕ	ВДОХНОВЕНИЕ
	АПАТИЯ/БЕЗРАЗЛИЧИЕ	БЕЗУЧАСТНОСТЬ	ОБОДРЕННОСТЬ	ВООДУШЕВЛЕНИЕ
	НЕУВЕРЕННОСТЬ	РАВНОДУШИЕ	УДИВЛЕНИЕ	

СТРАХИ: 1. Страх оценки; 2. Страх ошибки; 3. Страх нового; 4. Страх одиночества; 5. Страх ответственности; 6. Страх темноты; 7. Страх высоты; 8. Страх разочарования в себе; 9. Страх будущего; 10. Страх за свою жизнь.

Я даю этот листочек формата А4, на котором в пяти колонках описаны разнообразные оттенки грусти, злости, радости, страха и любви.

Сначала прошу пациента прочитать каждое слово и отметить, какое чувство ему уже знакомо. Если ребенок не умеет читать, я читаю ему сама вслух. Если слово знакомо, уточняю – испытывал ли сам это состояние или замечал его у других и в каких ситуациях это происходило.

После этого переходим к описанию тех чувств, которые пациенту совсем незнакомы. Этот процесс чаще всего очень нравится и детям, и взрослым – многие из них и не догадывались о таком разнообразии эмоций и чувств.

Далее я обращаюсь к пациенту со следующими указаниями:

1. «Назовите те чувства, которые испытываете чаще всего».
 2. «Закройте глаза. Называя эти чувства поочередно, представьте, в каком месте в теле происходят изменения. Комментируйте свои ощущения вслух» (я записываю на листочке все сказанное пациентом).
 3. «Откройте глаза. Скажите, все ли ощущения Вам нравились? Если нет, то что не понравилось?» (записываю ответ).
 4. Если в ответе были **ощущения, которые понравились**, я снова прошу закрыть глаза и представить их в теле, вслух прошу произносить то самое чувство. В это время я ставлю якорь на запястье.
 5. После ответа я прошу вновь взять Таблицу чувств и выбрать те чувства, которые понравились и при этом ранее не были известны пациенту. Повторяю те же действия, как и в 4-м пункте.
 6. Возвращаюсь к списку из пункта 3. «Вы говорили, что Вам не понравилось ... (перечисляю). Какие сейчас возникли ощущения?» (Примеры ответов: «Дышать стало легче, легкость в теле, конечностях появилась, голова освободилась»).
- Если ощущения субъективно стали пациенту приятны, прошу его лечь удобно, закрыть глаза и произносить вслух «спокойствие» на вдохе и «расслабление» на выдохе, повторив таким образом 3 дыхательных цикла.
 - Если ощущения субъективно стали пациенту неприятны, повторяем задание из пунктов 4 и 5.

7. В завершение работы я даю пациенту домашнее задание: ежедневно вести Дневник настроения и при необходимости повторять предыдущие задания дома.

Рекомендации для развития эмоционального интеллекта:

1. Книга «Эмоциональный интеллект», Дэниэл Гоулмон.
2. «Эмоциональный интеллект 2.0».
3. Рабочая тетрадь «Я чувствую... Что?»
4. Серия книг для детей «Сказки про эмоции», Елена Ульева.
5. Мультфильм «Головоломка».

*Клинический психолог Наталья Фуфлыгина рекомендует***Кинотерапия, или «кино по-домашнему»**

Просмотр фильмов всей семьей и вместе с детьми – это не просто способ скоротать вечер, это **возможность**.

Возможность научить ребенка вникать в суть вещей.

Возможность пережить сложную ситуацию.

Возможность найти больше тем для диалога и качественно провести время с ребенком.

Возможность узнать что-то новое и получить удовольствие.

Возможность научиться разговаривать и делиться важным.

Есть фильмы, которые забываются через час просмотра, а есть те, что меняют нашу жизнь и мотивируют на новые достижения.

Вот наш список фильмов, которые дадут массу тем для обсуждения и подарят незабываемые эмоции.

Надеемся, что традиция смотреть «кино по-домашнему» приживется и в вашем доме:

- Полианна
- Чучело
- Хористы
- Как прогулять школу с пользой
- Белль и Себастьян
- Энн из зеленых крыш
- Энн
- Маленькие женщины
- Балетные туфельки
- Мэри Поппинс, до свидания
- Тренер (2014)
- Тренер Картер
- Мачеха
- Чудо
- Одаренная
- В погоне за счастьем
- Каратэ-пацан
- Мой ангел-хранитель
- Принцесса льда
- Шаг вперед
- Мы купили зоопарк
- Мост в Терабитию
- Пеликан
- Расправь крылья
- Моя ужасная няня
- Хранитель времени
- Жизнь Пи

Клинический психолог Наталья Фуфлыгина рекомендует

Игротерапия, или «Настолки – наше все»!

Игра для ребенка – это главный способ познания жизни!

Любая игра уже несет в себе терапевтические возможности.

С помощью игры вы, как родители, сможете подсказать ребенку правильное поведение, выстроить дружеские и доверительные отношения.

Игра – это единственное действие, где ребенок становится свободным!

Я хожу – я отвечаю за свой ход, я вижу последствия своего выбора.

Это действие, где у ребенка есть возможность свободного проявления чувств (радость, печаль, гнев), которые не принято демонстрировать в реальных отношениях ребенка с миром.

Победить в игре, общаться, выстроить дружеские отношения – все это важно и способствует росту самозначимости.

Проигрыши укрепляют стрессоустойчивость и учат принимать разный исход событий, задача родителей научить не сдаваться и пробовать снова.

Игры способствуют развитию психической устойчивости, умению общаться, контролю эмоций, саморегуляции, гибкости мышления и развитию когнитивного потенциала.

Это самый простой способ общения с вашим ребенком, это правильный досуг, это возможность узнавать друг друга, проводить вечера, развивая и развиваясь – вместе с ребенком – в диалоге, в игре, познавая мир, делясь опытом, проживая поражения и радуясь победам.

Игра / игротерапия покажется кому-то достаточно простым, старым, может быть, даже немодным методом, но медицинские психологи знают – сколько возможностей и ресурсов она в себе таит. Игротерапия широко применяется в психологической работе в разных отделениях многопрофильной клиники.

Показания к использованию игры:

- тяжелые заболевания, сопровождающиеся плохим самочувствием ребенка (лечение онкологического заболевания с помощью химиотерапии, лучевой терапии, муковисцидоз, сахарный диабет);
- повреждение головного и спинного мозга, в том числе потребовавшее нейрохирургического вмешательства (дети, проходящие лечение и реабилитацию после тяжелых черепно-мозговых травм, аварий, несчастных случаев).

В перечисленных выше случаях психическая активность ребенка меняется (иногда вплоть до распада когнитивных функций), и именно через игру можно выйти на тот уровень общения с ребенком, где игровая деятельность будет инициирована вновь как ведущая.

Преимущества применения игровой терапии:

- Влияние на мотивационный компонент деятельности: повышая мотивированность ребенка в успешном выполнении задания, достигается положительная динамика в коррекции высших психических функций (восприятия, праксиса, гнозиса).
- Влияние на эмоциональную сферу: отмечается стабилизация эмоционального состояния ребенка и родителя (особенно актуально в отношении пациентов онкогематологического отделения – на фоне сохраняющихся психогенных воздействий, таких как постановка диагноза, длительное пребывание в стационаре, которое сопровождается нарушением границ и ребенка, и родителя, замкнутостью пространства; побочные эффекты от терапии и т. д.).
- Появление воли к победе. Победить возможно! Это важно для веры в выздоровление и программирования будущего.
- Присутствует ненавязчивое, но доверительное общение; в игре важен терапевтический момент беседы, разъяснений, выбора стратегии, а не только манипуляции с карточками, фигурками, фишками.
- Проработка лидерских качеств, тренировка воображения, планирование достижений (игры «ИМАДЖИНАРИУМ», «ДИКСИТ»). В данном случае игротерапия перекликается с работой с метафорическими картами, результативно используемыми в консультировании и терапии подростков, которым сложно выражать свои эмоции.
- Игра – это помощник в обучении. При длительной болезни у детей истощается энергетический блок мозга (1 ФБМ по А.Р. Лурии) и процесс обучения усложняется. Игра позволяет проработать все

психические процессы; ребенок функционирует на базовом уровне произвольного внимания, и по мере возрастания мотивации к достижению результативности в игре он включает в игровую деятельность произвольность. Находящиеся в стационаре дети, чье соматическое состояние стабилизируется, продолжают учиться, их аттестуют, и они сдают ЕГЭ.

Клинический психолог Ольга Антонова рекомендует

Я семейный психолог, у меня двое взрослых детей, есть внук, скоро родится еще один.

Когда мои дети были маленькие, я очень уставала, всегда ждала вечера, я очень любила их укладывать спать.

Для меня самой этот вечерний ритуал был очень необходимым и важным.

В это время я отдыхала и замедлялась.

Я всегда им пела колыбельные песни, вспоминая, что я очень люблю петь народные песни.

Еще мы вместе слушали пластинки. Старые такие виниловые пластинки из моего детства, бережно сохраненные моей мамой. На пластинках были стихи и сказки в исполнении самих авторов. Корней Чуковский своим забавным и целительным голосом предоброго дедушки читал «Федорино горе», «Мойдодыр» и «Тараканище».

Возможно, в этом вечернем ритуале больше нуждалась я сама. Голос доброго взрослого успокаивал, убаюкивал, напитывал!

«Каждому ребенку необходимо, чтобы его качали, баюкали, умилялись им. Каждому ребенку необходим его взрослый, с которым надежно, спокойно, интересно и радостно» – эти слова я всегда говорю родителям и всем молодым мамам, с которыми я работаю в нашей больнице.

И еще я всегда им говорю, что они тоже могут обращаться к нам – психологам – за поддержкой. Особенно, когда усталость, когда так хочется выдохнуть и расслабиться, чтобы кто-то взрослый «взял на ручки», успокоил, покачал, сказал слова надежды и уверенности.

Клинический психолог Лилия Горохова рекомендует

Психотехника «Пирамида ресурсов»

Техника основана на выделении логических типов информации и базируется на идеях Грегори Бейтсона, Бертрана Рассела, Роберта Дилтса.

Цель: нахождение специалиста – психолога в ресурсном состоянии для выполнения своих функций в экстренных ситуациях.

Задачи:

1. Пошаговое овладение техникой.
2. Доведение техники до автоматического включения в действия (до бессознательной компетенции).
3. Формирование у психолога навыка протраивания с клиентом рапорта на разных логических уровнях.

Шаг первый:

фокусирование внимания на окружение: что находится вокруг, какие вещи/предметы/люди и т. д. уже сейчас имеются **в моем окружении** (дать максимально сенсорное описание).

Шаг второй:

фокусировка внимания **на собственном поведении** в данный момент, в данном окружении, с данными людьми (сенсорно осознать и зафиксировать состояние).

Шаг третий:

ответить для себя: **какие способности** поддерживают меня в данном окружении, с данным поведением; какими способностями я обладаю здесь и сейчас.

Шаг четвертый:

осознать, **какие ценности, какие мои убеждения** являются для меня в данном контексте важными и определяющими.

Шаг пятый:

четко для себя сформулировать свое **глубинное намерение** в данном контексте, в этом окружении, с этим поведением, с моими способностями, важными для меня ценностями и убеждениями (сенсорно зафиксировать данное состояние).

Шаг шестой:

ответить себе на вопрос: «**Кто я такой**, почему я нахожусь тут в этом окружении, с моими способностями, убеждениями и моим намерением? (можно использовать метафору, важно прожить и закрепить данное состояние).

Шаг седьмой:

осознать, ответив себе на вопрос: «Какая **моя миссия**, мое предназначение?» (описать для себя свое видение мира, прочувствовать, ощутить и заякорить свое физиологическое состояние).

Шаг восьмой:

из этого ресурсного состояния мысленно пройти обратно, сохраняя ресурс, через шаги идентификации: **кто я, какие мои убеждения и мои ценности, какими способностями я обладаю, какое поведение и мои действия в данном окружении и контексте.**

Клинический психолог Людмила Никонова рекомендует

Чем дольше работаю с людьми, тем больше понимаю, что техники, применяемые для стабилизации своего психоэмоционального состояния, должны быть простыми, легко встраиваемыми в жизнь. Как говорят: «Что сложно – то ложно».

Ведь у каждого человека есть свои способы, чтоб почувствовать себя здесь и сейчас лучше, увереннее, спокойнее. Главное, чтобы эти способы были «на поверхности», близко, чтобы при необходимости их было просто достать.

И чем проще достичь спокойствия, тем меньше эмоциональные качели, тверже основа под ногами, устойчивее состояние.

Иногда самые простые слова, найденные в сложный момент, могут помочь успокоиться, выдохнуть и посмотреть на ситуацию с другой стороны.

«С каждым может случиться такое. Все справляются, и я справлюсь. Это обычная ситуация». Попробуйте, произнесите и почувствуете стабильность, некоторое расширение в теле, опору, и сознание начнет постепенно успокаиваться.

Казалось бы, простые фразы, а сколько за ними спокойствия и уверенности.

«Я обычная!» – так просто, но это же про стабильность. А из состояния стабильности проще двигаться дальше, находить контакт с собой и окружающими, понимать себя. Появляется опора под ногами, становится комфортнее и теплее.

И уже находятся силы, чтоб двигаться дальше...

Клинический психолог Татьяна Сеньюхина рекомендует

Сегодня Лилия Гигелевна попросила написать авторскую технику, эта техника должна быть включена в книгу, которую Вы читаете. Первые чувства и мысли, посетившие меня, были: «Ужас!!! Как изобрести что-то такое, что еще никто не делал и не писал до меня?»

Так, надо глубоко вдохнуть, выдохнуть и заглянуть в глубину себя. А там действительно интересно, там много меня: меня тридцативосьмилетней, меня женщины, меня жены, меня мамы, меня психолога детской республиканской больницы, а значит, мне есть что сказать.

Сказать о том, как повезло каждый день в своей жизни встречаться с другими жизнями – мощными, сильными. Иметь возможность прикоснуться к историям, которые поражают.

Очень часто мои коллеги, за пределами ДРКБ, спрашивают меня, как, наверное, сложно здесь работать, как жалко детей, семьи, которые мы видим каждый день?

Я пропускала этот вопрос через себя очень много раз, погружаясь в свои ощущения, и понимала, что мне совсем не страшно.

Я каждый день иду к Людям-Героям, имею возможность пройти с ними часть их жизненного пути, испытываю огромную гордость, что горе, которое посетило их, лежало и на моих плечах, а значит, им было чуть легче его нести. Каждый день я учусь у них силе, способности выстраивать нормальную жизнь там, где порой кажется, что это совсем невозможно.

Каждый из тех, кого я встречаю, – лучшая психологическая техника, которую изобрела сама жизнь.

Моя задача – подсветить те силы, о которых они порой забывают в водовороте событий. Сказать, что у них есть все силы, чтобы сохранить те жизни, которые им доверены. Они лучшее «лекарство» для себя и своих детей.

Однажды им уже удалось призвать эту жизнь в этот мир – здоровой и красивой.

Наверное, я не скажу ничего нового, но очень часто, работая с родителями, я прошу их вспомнить тот период, когда новая жизнь

находилась под их сердцем и от каждого их действия зависела сохранность этой жизни.

Я прошу погрузиться их в это состояние, вдохнуть его глубоко в себя, почувствовать свою силу и мощь. Почувствовать все свое истинное желание довести эту жизнь к свету».

«Вы все уже умеете», – говорю им я.

«Вы сможете и сейчас».

И, подключаясь к этой силе, которая дана им самой жизнью, они действительно могут, и, освещая своим сердцем путь ребенку, приводят его к победе.

Сведения об авторах



ГОРОХОВА
Лилия Гигелевна

- Заведующая психологическим отделением, главный внештатный детский специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан;
- член правления татарстанского регионального отделения РПО;
- психолог-эксперт РПО по Приволжскому федеральному округу Российской Федерации, член РПО РФ;
- лауреат национального психологического конкурса «Золотая Психея»;
- супервизор межведомственной системы психологической помощи населению в Республике Татарстан по ситуациям комплексного характера;
- региональный эксперт рабочей группы по организации психолого-педагогической помощи детям в организациях здравоохранения Российской Федерации;
- участник Всероссийского пилотного проекта «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации»;
- специализация: психология соматического здоровья, невротических состояний, НЛП-терапия, кризисные состояния, детско-родительское консультирование, обучающие терапевтические тренинги (НЛП, интегративные психотехнологии).



БЕЛОУСОВА
Марина Владимировна

- Доцент кафедры психотерапии и наркологии;
- доцент кафедры детской неврологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
- специализация: психотерапия, детская неврология, остеопатия, нейрореабилитация, музыкотерапия;
- кандидат медицинских наук;
- стаж практической работы – 25 лет;
- доцент по специальности «Нервные болезни»;
- эксперт по специальности «Психотерапия»;
- член правления Татарстанского отделения РПО;
- заслуженный врач Республики Татарстан;
- отличник здравоохранения Российской Федерации, автор 280 научных работ: в их числе – 54 учебных и учебно-методических пособий, 6 монографий, 5 практических руководств для врачей.



БОДРОВА
Лия Олеговна

- Психолог – эксперт РПО по Приволжскому федеральному округу Российской Федерации, член РПО РФ;
- НЛП-практик, НЛП-мастер;
- преподаватель психологии (курс «клиническая психология»);
- консультант по кризисной медико-психологической помощи;
- консультант по экстренной психологической помощи;
- индивидуальный и групповой супервизор в психологическом консультировании и психотерапии;
- супервизор межведомственной системы психологической помощи населению в Республике Татарстан по ситуациям комплексного характера;
- специалист по психологической помощи семьям, детям и подросткам с деструктивным поведением;
- онлайн-консультант и консультант в формате обмена тестовыми сообщениями;
- специализация: индивидуальное и детско-родительское психологическое консультирование, психокоррекция с психотерапевтическими элементами подростков, психологическая помощь при травматических переживаниях, кризисных состояниях, кризисная психотерапия; психотерапевтическая работа с эмоциональными и личностными переживаниями, поведенческими, социальными и коммуникативными трудностями, психологическая и психотерапевтическая помощь при суицидальном и других формах деструктивного поведения, психологическое сопровождение детей с сахарным диабетом и членов их семей, групповая работа с подростками, проведение супервизорских сессий для специалистов в области психологического консультирования.



ЯХВАРОВА
Надежда Александровна

- Специалист в области психологического сопровождения детей в норме и патологии;
- лауреат национального психологического конкурса «Золотая психея»;
- член РПО РФ;
- специализация: работа с невротическими расстройствами (заикание, энурез, энкопрез, невроз навязчивых состояний и др.), с психосоматическими расстройствами (желудочно-кишечный тракт, аллергические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и др.), с задержкой психического и речевого развития.



АБДРАШИТОВА
Ильсеяр Айдаровна

- НЛП-практик;
- член РПО РФ;
- специализация: психологическое консультирование детей и подростков, консультирование родителей по вопросам детско-родительских отношений, когнитивно-поведенческая психотерапия, метафорические карты.



АНТОНОВА
Ольга Алексеевна

- Сертифицированный специалист по перинатальной психологии, сертифицированный специалист по семейному консультированию, специалист по психологическому сопровождению беременности и родов, психолог-консультант по вопросам детско-родительских, семейных и подростковых проблем;
- супервизор межведомственной системы психологической помощи населению в Республике Татарстан по ситуациям комплексного характера;
- член РПО РФ;
- специализация: психологическая диагностика и консультирование детей и подростков, семейное консультирование, групповые и индивидуальные занятия по подготовке к родам, подготовка семейных пар к партнерским родам.



КАМЗОЛОВА
Татьяна Михайловна

- НЛП-практик;
- телесно-ориентированный практик;
- лауреат национального психологического конкурса «Золотая психея»;
- член РПО РФ;
- Специализация: индивидуальное консультирование и психотерапия детей и подростков, детско-родительское консультирование, психокоррекция психосоматических расстройств, развитие мотивации в достижении многопрофильных целей реабилитации лиц со специальными нуждами, кризисная психологическая помощь, психокоррекционная работа с травмой, психолого-педагогическая оценка психического развития детей.



МОРОЗОВА
Эльвира Ахтямовна

- НЛП-практик;
- сертифицированный специалист по «Технологии раннего вмешательства в детской неврологии. Монтессори-терапия»;
- специалист в области психологического сопровождения детей и их родителей в процессе медицинской реабилитации;
- супервизор межведомственной системы психологической помощи населению в Республике Татарстан по ситуациям комплексного характера;
- член РПО РФ;
- специализация: психологическое сопровождение детей и их родителей в процессе медицинской реабилитации, индивидуальное психологическое консультирование и психотерапия детей и подростков, психологическая помощь при эмоционально-волевым нарушениях, трудностях адаптации, проблемах поведения, психокоррекционная работа с травмой, сенсомоторная коррекция трудностей обучения и развития, консультирование и коррекция детско-родительских отношений, индивидуальная и групповая работа с элементами сказкотерапии, арт-терапии, sandplay (песочной терапии), БОС-терапия (биологически обратная связь).



МАКАРЧЕВА
Анастасия Владимировна

- НЛП-практик;
- специалист в области детского телефонного консультирования и экстренной психологической помощи;
- тренер-консультант по психическим состояниям;
- член РПО РФ;
- Специализация: в области саморегуляции психических состояний, работа со страхами, с тревожными и агрессивными эмоциями, психологическая коррекция эмоционального выгорания, детско-родительские отношения: диагностика и коррекция, психологическая диагностика и коррекция нарушений поведения, коммуникативных трудностей, выстраивание адекватной самооценки.



МИШИНА
Юлия Владимировна

- Специалист по работе с подростками, родителями;
- действующий член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги;
- член РПО РФ;
- специализация: процессуальная психология, когнитивно-поведенческая психотерапия, экзистенциальная психология, схематерапия, травматерапия, метафорические карты, работа с детско-родительскими отношениями, работа с самооценностью, психологическая помощь в трудных ситуациях, работа с травматическим опытом, психологическое сопровождение детей с онкозаболеваниями и членов их семей.



НИКОНОВА
Людмила Адольфовна

- Специалист по психологическому сопровождению детей в норме и в патологии;
- член РПО РФ;
- специализация: психологическое консультирование детей и подростков, консультирование родителей по вопросам детско-родительских отношений, консультирование по вопросам самоуправления психическим состоянием, консультирование детей с нарушением психического развития.



СЕНЮХИНА
Татьяна Вячеславовна

- НЛП-практик; специалист по нейропсихологическому сопровождению в норме и патологии;
- член РПО РФ;
- специализация: психологическая диагностика и консультирование детей и подростков, консультирование родителей по вопросам детско-родительских отношений, работа с горем, нейропсихология, телесно ориентированная терапия.



ФУФЛЫГИНА
Наталья Владимировна

- Сертифицированный специалист по терапии творческим самовыражением;
- сертифицированный специалист по технологии раннего вмешательства в детской неврологии. Монтессори-терапия;
- сертифицированный специалист по арт-терапии;
- лауреат национального психологического конкурса «Золотая Психея»;
- член РПО РФ;
- специализация: детско-родительское консультирование, индивидуальная и групповая работа с элементами сказкотерапии, арт-терапии, sandplay (песочной терапии) и эрго-терапии, сенсомоторная коррекция трудностей обучения и развития, психологическое сопровождение детей с онкологическими заболеваниями и членов их семей, психологическое сопровождение детей и их семей с муковисцидозом, БОС-терапия (биологически обратная связь).

Авторский коллектив:

Горохова Лилия Гигелевна – заведующая психологическим отделением ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»

Белоусова Марина Владимировна – доцент кафедры психотерапии и наркологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кандидат медицинских наук, заслуженный врач Республики Татарстан

Медицинские психологи психологического отделения ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»:

Бодрова Лия Олеговна, Абдрашитова Ильсеяр Айдаровна,
Антонова Ольга Алексеевна, Камзолова Татьяна Михайловна,
Морозова Эльвира Ахтямовна, Макарчева Анастасия Владимировна,
Мишина Юлия Владимировна, Никонова Людмила Адольфовна,
Сенюхина Татьяна Вячеславовна, Фуфлыгина Наталья Владимировна,
Яхварова Надежда Александровна

ИСЦЕЛЕНИЕ ЛЮБОВЬЮ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
СОЗДАНИЕ, РАЗВИТИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

Практическое руководство

ISBN 978-5-907770-09-6



Подписано в печать 10.10.2023 г.
Формат 60х84¹/₁₆. Печатных листов 9,75.
Бумага офсетная, тираж 300. Заказ Г-84.

Отпечатано в



г. Казань, ул. Муштары, 11, тел. 259-56-48.

E-mail: meddok2005@mail.ru