

ОБЩЕСТВО СЕМЕЙНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ
И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»
МАГИСТЕРСКАЯ ПРОГРАММА
«СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ» НИУ ВШЭ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМ. Г.Е. СУХАРЕВОЙ,
МОСКОВСКАЯ СЛУЖБА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ,
ИНСТИТУТ ГРУППОВОЙ И СЕМЕЙНОЙ
ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ,
МОСКВОСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО –
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛЕ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

**Материалы
научно-практической конференции**

Москва, 23–24 сентября 2017 г.

**Москва
2017**

УДК 615.851:616.89(063)
ББК 53.57
С56

Утверждено
*РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов*

Р е ц е н з е н т ы:

кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник, заведующая кафедрой детской
и семейной психотерапии факультета консультативной
и клинической психологии МГППУ *Е.В. Филиппова*;

кандидат психологических наук,
доцент департамента психологии НИУ ВШЭ *А.Я. Варга*

Н а у ч н ы й р е д а к т о р –

кандидат психологических наук, доцент *Е.Ю. Чеботарева*

С56 **Современное поле семейной психотерапии :**
материалы научно-практической конференции. Москва, НИУ
ВШЭ, 23–24 сентября 2017 г. / под ред. Е. Ю. Чеботаревой. –
Москва: РУДН, 2017. – 272 с.
ISBN 978-5-209-08340-5

Материалы Первой всероссийской конференции с международным участием «Современное поле семейной психотерапии», организованной Обществом семейных консультантов и психотерапевтов, проходившей 23–24 сентября 2017 г. в Москве на базе НИУ ВШЭ. Основной целью конференции было объединить усилия ученых и практиков из разных направлений семейной психотерапии, и смежных областей для повышения эффективности психологической помощи семьям. В конференции приняли участие около 450 специалистов, оказывающих помощь семье, из более 30 городов России и 10 стран.

ISBN 978-5-209-08340-5

© Коллектив авторов, 2017
© Российский университет
дружбы народов, 2017

ПСИХОТЕРАПИЯ ВСЕЙ СЕМЬИ

СЕМЬЯ В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

*Е.В. Подурова, Д.В. Довбыш,
Э.И. Джавадова, А.А. Ильина,
Н.А. Бычкова, М.В. Швец, А.А. Байкова*

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»
г. Москва, Россия

Несмотря на появившиеся исследования, обосновывающие необходимость вовлечения всей семьи в лечение психически больного ребенка, организация этого процесса все еще представляет большую трудность. Задачами исследования являются: оценка эмоциональной сферы родителей при госпитализации ребенка в психиатрический стационар, анализ потребностей родителей и их ожиданий от пребывания ребенка в клинике, оценка готовности родителей к сотрудничеству.

Методики исследования: анкета; опросник депрессии Бэка; тест «Исследование тревожности»; опросник «Анализ семейной тревоги»; опросник когнитивной регуляции эмоций; модифицированная методика Дембо-Рубинштейн.

Участники исследования: родители в момент госпитализации детей в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Результаты: выделены группы родителей, различающиеся по выраженности признаков тревожности (личностной, ситуационной, семейной) и депрессии; группы имеют различную степень готовности к участию в лечении ребенка, демонстрируют разные стратегии регуляции эмоций

и представления о ребенке в ситуации болезни и предстоящей госпитализации.

Ключевые слова: *психическая болезнь ребенка, родители в ситуации психической болезни ребенка, семья больного ребенка, семья в условиях госпитализации ребенка, регуляция эмоций.*

Несмотря на то, что первые исследования бремени психической болезни у близких появились еще в 50-е годы, большинство из них посвящено исследованию болезни взрослого человека [3]. Однако выделение факторов риска и устойчивости семей, воспитывающих больного ребенка, имеет ряд своих особенностей [1].

Задачами нашего исследования являются: оценка эмоциональной сферы родителей, госпитализирующих ребенка в психиатрический стационар, анализ потребностей родителей и их ожиданий от пребывания ребенка в стационаре, оценка готовности родителей к сотрудничеству. Участники исследования: 89 родителей, чьи дети в момент проведения исследования госпитализировались в стационар психиатрической клиники; среди участников 20 мужчин и 69 женщин; для 57 семей эта госпитализация ребенка оказалась первой, для 32 - повторной; в 12 случаях дети госпитализировались в экстренном порядке и 77 — в плановом. Исследование проводилось в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Процедура и методики исследования: анкета; опросник депрессии Бэка; тест «Исследование тревожности»; опросник «Анализ семейной тревоги»; опросник когнитивной регуляции эмоций. Для статистической обработки данных использовалась программа «SPSS Statistics». Процедуру исследования проходили родители всех детей, госпитализированных в стационар. На основе данных анкеты была проведена оценка: 1) общего запроса родителей к

больнице (диагностики, медикаментозной терапии, психологической и информационной поддержки, бытовых потребностей), 2) готовности родителей сотрудничать с персоналом больницы, 3) имеющихся у семьи ресурсов, 4) готовности взаимодействовать с ребенком во время его госпитализации.

Результаты исследования: среди родителей, госпитализирующих детей в психиатрический стационар, распространен высокий уровень ситуативной (характерен для 64% родителей) и умеренной (28% родителей) тревожности; высокий (53% участников) и умеренный (47% участников) уровень личностной тревожности. При этом только 23% участников сообщают о наличии тревоги, связанной с семейной ситуацией. 46% родителей имеют признаки депрессии, причем 20% - умеренной и тяжелой выраженности. Наиболее популярными (средний ранг 7,3 и 6,7) оказались такие стратегии регуляции эмоций, как «Положительный пересмотр» и «Планирование». Отмечается положительная корреляция признаков депрессии и таких стратегий, как «Руминация» и «Катастрофизация» ($r=0,538$ и $r=0,498$, $p=0,01$), признаков ситуативной тревожности и использования стратегии «Принятие», «Руминация» и «Катастрофизация» ($r=0,419$, $r=0,484$, $r=0,487$, $p=0,01$). Ни одна из доступных родителям стратегий не связана со снижением выраженности признаков депрессии и тревожности (личностной, ситуативной и семейной).

С общим запросом родителей при госпитализации ребенка положительно коррелирует показатель семейной вины ($r=0,322$ $p=0,0$) и использование стратегий «Катастрофизация» и «Позитивный пересмотр» ($r=-0,383$, $r=0,370$, $p=0,01$). Важным показателем оказался субъективный уровень поддержки - количество людей, которые могут оказывать помощь в воспитании ребенка: он связан со снижением выраженности признаков депрессии, семейной

вины и повышением готовности семьи к сотрудничеству ($r=-0,456$, $r=-0,349$, $r=0,466$, $p=0,01$).

Отсутствуют различия, связанные с полом участников исследования: группы матерей и отцов демонстрируют схожие паттерны эмоционального реагирования и схожую готовность к взаимодействию со специалистами. Также отсутствовали различия по указанным признакам для родителей первично и повторно госпитализированных детей, кроме использования стратегии «Планирование». Группы, выделенные в соответствии с возрастом ребенка (дошкольный и школьный) и полом ребенка, типу семьи (кровная или приемная) также не отличаются по выделенным в исследовании параметрам.

Отдельно выделенная группа с потребностью «Отдохнуть от ребенка» - отличается от остальных по уровню депрессии, запросу и готовности к взаимодействию с ребенком во время пребывания в больнице ($U=0,033$ $U=0,026$ $U=0,018$ $p=0,05$) - для тех, кто отметил это в качестве возможной причины для госпитализации средний балл по шкале депрессии выше и готовность к общению с ребенком и запрос к больнице ниже.

Важными для родителей оказались также потребности в эмоциональной поддержке (62% родителей), помощи в принятии ситуации болезни ребенка (55% родителей) и обеспечении безопасности ребенка (62% родителей). Выводы и интерпретация результатов:

Имеющиеся у участников стратегии когнитивной регуляции эмоций, хотя традиционно и считаются адаптивными [2], в условиях болезни ребенка не связаны с улучшением эмоционального и семейного функционирования; эффективные стратегии не формируются даже при длительном опыте болезни ребенка. Отсутствие различий в эмоциональной реакции на госпитализацию ребенка и готовности к сотрудничеству у матерей и у отцов позволяет говорить о том, что стандартная модель, при которой в лечебных мероприятиях и занятиях с психологом участвует только мать ребенка, должна смениться

новым подходом, где в работе участвует вся семья болеющего ребенка.

Одинаково высокая выраженность тревожности в группах с первичной и повторной госпитализацией позволяет утверждать, что ситуация госпитализации ребенка в психиатрический стационар всегда является стрессовой для родителей сама по себе и предыдущий опыт подобной госпитализации не помогает родителям. Отсутствие других различий в упомянутых группах позволяет предположить универсальность родительских запросов, а также то, что большая часть этих запросов не была удовлетворена во время предыдущей госпитализации.

Внимания специалистов требует тот факт, что переживания родителями высокой ситуативной тревожности и семейной вины обеспечивают большую включенность семьи в процесс работы. Отдельного анализа требуют потребности в отдыхе от больного ребенка и обеспечении безопасности ребенка (должен ли он осуществляться за счет госпитализации ребенка), а также потребность в помощи в принятии ситуации болезни и потребности в эмоциональной поддержке со стороны персонала больницы.

Литература:

1. *Corliss, B. A., Lawrence, E. C., Nelson, M. A.* Families of children with serious emotional disturbances: Parent perceptions of family resources and stressors. // *Child & Family Social Work*, 2008., 25, p. 271–285.
2. *Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P.* Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. // *Personality and Individual Differences*, 2001., 30., p. 1311-1327.
3. *Richardson, M., Cobham, V., Murray, J. A., & McDermott, B.* Parents' grief in the context of adult child mental illness: A qualitative review. // *Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*, 2011., 14, p. 28–43.

FAMILY IN CONDITIONS OF THE CHILD'S PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

*E. Podurova, D. Dovbysh, E. Dgavadova, A. Iliina,
N. Bychkova, M. Shvec Maria A. Baykova*

Sukhareva Scientific-Practical Center of children
and adolescents mental health
Moscow, Russia

Key words: *child's mental illness, parents in the situation of
the child's mental illness, family of mentally ill child, regulation of
emotions.*

Abstract: Despite the emergence of studies that justify the need to involve the whole family in the treatment of a mentally ill child, the organization of this process is still a great difficulty. The objectives of the study are: assessment of the emotional features of parents, whose child is hospitalized in a psychiatric hospital, analysis of parents needs and their expectations during child's stay in the clinic, assessment of parents' readiness for cooperation. Methods of research: questionnaire; The Beck depression questionnaire; Test "Study of anxiety"; Analysis of family anxiety; Questionnaire of cognitive regulation of emotions; Participants of the study: parents at the time of children's hospitalization in Sukhareva Scientific-Practical Center of Children and Adolescents Mental Health. Results: groups of parents are distinguished in the severity of signs of anxiety (personality, situational and family) and depression; Groups have varying degrees of willingness to participate in the treatment of the child, demonstrate different strategies for regulating emotions.

КАЧЕСТВО МЕНТАЛИЗАЦИИ В СЕМЕЙНОЙ КОММУНИКАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Г.А. Лайшева

ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова;
ФГБНУ "НЦПЗ"
г. Москва, Россия

Анализ семейных коммуникаций имеет богатую историю в психологии: существенным достижением подхода П. Вацлавика было создание теории коммуникации и рассмотрение парадокса как важного звена в шизофреногенном взаимодействии. Помимо классических мишеней и техник работы (с одной стороны, проясняющих коммуникацию, а с другой - намеренно «запутывающих» её парадоксальными предписаниями) интерес исследователей и практиков вызывают метакогнитивные способности и их роль в терапевтическом процессе. В фокусе внимания этого доклада - понятие ментализации, предложенное П. Фонаги. К основным достоинствам этого конструкта можно отнести включенность развития и функционирования способности понимать, называть и регулировать свои мысли и чувства (и чувства и мысли других людей) в контекст эмоционально насыщенных отношений привязанности. На примерах работы с семьями показаны возможности диагностики качества ментализационных процессов и особенностей их нарушения, а также задачи и некоторые результаты улучшения качества ментализации в терапии.

Ключевые слова: *ментализация, коммуникация, семейная психотерапия, нарушения ментализации, метакогнитивные способности.*

Нарушения коммуникации в семье носят системный характер – включают всех членов в устойчивые, разной степени патологичности паттерны поведения. Один из самых травматичных – игнорирование, отрицающее само существование личности, не предоставляющее ни позитивной, ни негативной обратной связи. Этот механизм работает в семьях некоторых детей, страдающих шизофренией: «родители не могут зафиксировать точку зрения ребенка, а ребенок не фиксирует, что его точка зрения не была зафиксирована» [1; 125].

Выявлять и квалифицировать нарушения коммуникации в семье в ходе психотерапии важно и с точки зрения диагностики, и для планирования будущих интервенций. Но ригидность системы и укорененность нарушений (особенно в семьях с тяжелыми психическими расстройствами) не позволяют надеяться на быстрый отказ от разрушительных манипуляций и невосприимчивости. Поведенческих модификаций и предписаний оказывается недостаточно, и тогда в фокусе работы могут оказаться глубокие личностные характеристики – нарушения ментализации.

Ментализация – это способность понимать, называть и регулировать свои мысли и чувства, и мысли и чувства других людей. В норме ментализация действует незаметно и постоянно, определяя наши взаимодействия с другими людьми, а также организуя наш собственный эмоциональный опыт. Мы строим гипотезы о своём состоянии и его причинах и пытаемся прогнозировать состояние других людей и влиять на него. Можно выделить несколько характеристик успешной ментализации: понимание вероятностного характера своих предположений и отождествление своих репрезентаций и реальности; возможность выстраивать временную перспективу: представлять изменчивость эмоций и влияние поведения на другого человека. И в-третьих, качество ментализационных гипотез существенно зависит от степени когнитивной дифференцированности [2].

Ментализация развивается в контексте близких и эмоционально насыщенных отношений - то есть, в семье, и тесно связана с отношениями привязанности. Кроме самих навыков распознавания эмоций (на чем преимущественно фокусируется понятие эмоционального интеллекта), ментализация задействует контекст раннего опыта взаимодействия и, тем самым, направляет ход построения гипотез и окрашивает их специфическими оттенками. Помимо самого факта заинтересованности (или, наоборот, пренебрежения) других к чувствам и мыслям ребёнка, роль играет и безопасность процесса ментализации в семье. Агрессия, физическое и психологическое насилие могут защитно блокировать процесс ментализации – понимать другого и чувствовать его гнев и презрение может быть слишком травматическим для ребёнка [3]. И тогда возникают частичные (парциальные) или генерализованные нарушения.

Разделение нарушений на общие и парциальные позволяет понять феномен, часто встречающийся в психотерапии и повседневной жизни: при сохранном интеллекте и формальном умении ориентироваться в эмоциях и социальных ситуациях человек теряет связность и функциональность реакций, сталкиваясь с трудностями в близких отношениях (с партнером, с родителями и пр.). Конфликты и воспринимаемая угроза разрыва могут провоцировать «провалы» ментализации. В работе терапевта распознавание таких провалов обозначает мишени дальнейшей работы – выстраивание навыков саморегуляции в условиях эмоционального напряжения и страха потери.

Нарушения ментализации можно соотнести с нарушениями коммуникации. П. Вацлавик считает, что игнорирование – результат некоторых неосознаваемых процессов, ведущих к невосприимчивости. Возможно, это неспособность правильно воспринять эмоции другого или отсутствие задачи восприятия в принципе – замена реальности на систему идеальных (или просто собственных)

схем-представлений. Питер Фонаги выделил два вида нарушений ментализации: конкретная (низкая) и псевдоментализация.

Низкая ментализация – это отказ от использования психических категорий (мыслей, эмоций, желаний) и замена их на ярлыки, непроверенные обобщения, физические или псевдопсихологические категории («он устал», «тут жарко», «она же Дева»), обвинения и внешние обстоятельства. Такой способ репрезентации упрощает картину внутреннего мира другого человека, сводит его мысли и чувства к стереотипам или и вовсе нивелирует их как неважные или недоступные для понимания. В работе с семьями низкая ментализация часто проявляется в отказе представить себе мотивы и состояния другого члена семьи в ответ на циркулярные вопросы: «я не знаю, почему он так поступает», «мужчины для меня как инопланетяне», «все было хорошо, и тут она ушла». Встречаются и более сложные, но не отражающие желания понять другого категории: «она же сумасшедшая, слишком эмоциональная», «он весь в своего отца», «у неё ещё из моего детства осталась привычка меня гнобить, вот я и мщу» (говорит сын сорока лет о своей матери семидесяти). Псевдоментализация означает замещение чувств другого или своих собственных нереалистичными схемами и теоретическими построениями. Такие люди очень активно ментализируют, но их предположения, кажется, не опираются на реальность, а рождаются как фантазии или яркие образы. В терапии подобным клиентам трудно обосновать свои выводы, но они убеждены в своей правоте: «на мою дочь решающим образом повлияли две её подруги в 5 классе – у одной всегда было много денег, а вторая такая вызывающе сексуальная; с этого все и началось».

В семье каждый вид нарушения ментализации ставит барьеры для изменений в психотерапии и для налаживания новых способов коммуникации. Низкая ментализация может проявляться в игнорировании и пренебрежении, в

манипуляции другим человеком как объектом, в формировании жестких границ. Псевдоментализация формирует навязчивые представления о других членах семьи, которым (особенно детям) трудно противостоять и пытаться выстраивать собственную идентичность. Таким образом, процессы ментализации выходят за рамки личностных особенностей и формируют правила взаимодействия семейной системы, а выявление и модификация нарушений ментализации отвечает задачам системной семейной психотерапии.

Литература:

1. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. СПб.: Речь, 2000.
2. Соколова Е.Т., Иванецук Г.А. Проблема сознательной и бессознательной манипуляции // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 28. С. 3. URL: <http://psystudy.ru>
3. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.

MENTALIZATION IN FAMILY COMMUNICATIONS IN PSYCHOTHERAPY

Galina Laisheva

Evdokimov Moscow state medical dental university;
Mental health research center
Moscow, Russia

Key words: *mentalization, communication, family psychotherapy, mentalization deficits, meta-cognitive abilities.*

Abstract: Analyses of family communication has a long history in psychology. In Watzlavik theory of communication paradoxes and their role in genesis of psychopathology are concerned. Later that turned into a special strategical approach in psychotherapy effectively used with families with schizophrenia patients. Besides usual targets and methods in family psychotherapy, meta-cognitive abilities become very popular. In this report I focus on mentalization – concept by Peter Fonagy, which includes ability to understand and regulate feelings and thoughts in attachment context. Using examples from family psychotherapy ways of mentalization deficits diagnostic are shown.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

С.Э. Медведев, Б.Г. Бутома

Федеральное государственное бюджетное учреждение
Санкт-Петербургский Научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
г. Санкт-Петербург, Россия

Представлены результаты бригадной работы, организованной на основе системного подхода, с учетом изоморфизма структуры отношений в помогающей службе и семье пациента. Показана эффективность этого формата для повышения адаптивных возможностей пациента и для его возвращения в социум. Исследованы случаи 21 мужчины и 23 женщин в возрасте 18-28 лет, участвовавших в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее одного года. Отмечено повышение социальной компетентности

(social quotient – SQ), через один квартал более чем на 15% и через один год после начала программы реабилитации более чем на 32% по сравнению с исходным уровнем.

Результаты позволяют сформулировать ряд рекомендаций по реализации эффективной программы, включающей психотерапевтические интервенции и социотерапевтические мероприятия, а также адекватное соотношение различных аспектов медицинской помощи в рамках персонализированной медицины.

Ключевые слова: *биопсихосоциальный подход, расстройства шизофренического спектра, изоморфизм, системная семейная психотерапия, социальная компетентность, помогающие службы.*

Актуальность темы. Процесс деинституционализации, начатый в XIX веке Ф. Пиннелем, в настоящее время получает новый импульс в связи повышением эффективности биологической психиатрии.

Развитие службы психического здоровья (СПЗ) ставит новые вопросы.

1. Под клиническим мышлением часто понимают нозоцентризм, то есть определение диагноза и симптомов-мишеней, в то время как в реабилитации и ресоциализации пациента для помогающего специалиста приоритетен валеоцентризм [9].

2. Начало психотерапевтической работы с семьей пациента эффективно начинать одновременно с обращением в СПЗ [6], но она, как правило, начинается после обследования.

3. У помогающих специалистов с немедицинской базовой подготовкой сохраняются психофобические установки [2], что затрудняет реабилитацию пациентов, страдающих расстройствами психотического спектра.

4. Традиционно предполагается переход пациента под наблюдение районного психиатра по окончании стационарного этапа лечения, что означает смену психотерапевта, и зачастую – прекращение психотерапевтической работы, затрудняя процесс внебольничной реабилитации.

Современному принципу «открытых дверей», вполне соответствует дневной стационар и стационарное отделение (с открытыми дверями), функционирующие на одной территории. Это требует создания единой программы реабилитации. В команде профессионалов ответственность специалиста определяется его функциональной ролью. Член бригады, обладающий более широким спектром компетенций реализует свои знания в смежных областях только при обсуждении программы мероприятий [5; 6].

Концепции системной семейной психотерапии (ССП) сформулированы в процессе работы с семьями больных шизофренией и на их материале. Появление и развитие СПП хронологически совпало с началом психофармакотерапевтической эры [1], что способствовало возникновению конкуренции между упомянутыми подходами.

Первопроходцы СПП [1; 7] прямо заявляли о большей эффективности СПП по сравнению с биологической психиатрией и применением лекарственных средств. Этот дискурс альтернативности при обосновании сетевых моделей в психиатрии сохранился до настоящего времени [10].

Система развивается, реагируя на изменение среды, как целое, одновременно стремясь к сохранению гомеостаза [3; 5; 6]. Переход системы от одного этапа жизненного цикла к другому – кризис, который часто сопровождается дисфункцией. Функциональная родительская подсистема – взрослых членов семьи стабилизируется общими целями и интересами, а дисфункциональная – детьми, болезнями и проблемами [3; 6].

Дисфункциональность родительской подсистемы особенно сказывается в период сепарации, когда задачи гомеостаза и развития в наибольшей степени расходятся [3]. В работе помогающей службы периоду сепарации аналогично отделение от помогающей структуры – выписка, внебольничная адаптация.

Социальные системы на разных уровнях изоморфны и сопоставимы [4; 6]. При отсутствии сотрудничества между профессионалами, характер внутрибригадных взаимоотношений аналогичен психологическим «треугольникам» в семьях пациентов [6]. Это и заочная взаимная критика, и необоснованные сомнения в профессиональной компетентности коллег, высказываемые специалистами пациенту, и «реактивное направление» [1] к психотерапевту вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом или членами его семьи, и попытки объединения всех функций (психиатра/психотерапевта) в одном лице.

Эффективность реабилитации во многом определяется улучшением состояния пациента, его возвращением в социум и уровнем его социальной компетентности (SQ).

Материал и методы исследования. Определялся объем освоенных социальных навыков у 21 мужчины и 23 женщин в возрасте 18-28 лет, участвовавших в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее одного года, в сопоставлении со средневозрастными показателями. Использовалась Шкала социальной компетентности E. Doll [8]. Оценка «социального возраста» (social age – SA) идентифицированных пациентов (И.П.) и последующее вычисление социального коэффициента (social quotient – SQ).

Результаты. Анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, показал повышение SQ более, чем на 15% через один квартал и более чем на 32% через один год после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом: Системный подход способствует синергизму усилий нозо- и валео-центрированных специалистов помогающих профессий.

- Работа психотерапевта с семьей пациента может начинаться фактически с момента обращения за помощью членов его семьи.

- В формате новой организационной формы дневного стационара и стационарного отделения (с открытыми дверями), лечение и реабилитация проводится без смены специалиста, что способствует сохранению комплаенса.

Авторы выражают признательность за помощь в проведении исследования научному руководителю д.м.н., проф. А.П. Коцюбинскому (Отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева г. Санкт-Петербург) и научному консультанту к. психол. н., доценту департамента психологии НИУ ВШЭ А.Я. Варга (магистерская программа «Системная семейная психотерапия», г. Москва).

Литература:

1. *Бейкер К., Варга А.Я. (ред)* Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. -М.: Изд-во: Когито-Центр; 2005. – 496 с.
2. *Варга А.Я.* Типичные предрассудки российских семейных терапевтов // Материалы Международного конгресса «Психотерапия и консультирование личности, семьи, социума». — М., 20-22 мая 2004. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.supporter.ru/ru/21-biblioteka/91-tipichnye-predrassudki-rossijskikh-semejnykh-psikhoterapevtov> (03.09.17)
3. *Варга А.Я.* Введение в системную семейную психотерапию. Учебное пособие. - М.: Когито-Центр; 2009. – 182 с.
4. *Тогунев И.А.* Закон универсальности социальных организаций // Эксклюзивный маркетинг, 2007. – № 2 (59). – С. 3-20.
5. *Черников А.В.* Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики.– М.: Класс, 2010. – 208 с.
6. *Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э.* Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.
7. *G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley* Towards a theory of schizophrenia // Behav. Science. – 1956. – No. 1. – P. 251-264.
8. *Doll E. A.* Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale. - Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers. – 2011. - P. 698.
9. *Seikkula J., Olson M.E.* The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // Family process. – 2003. – Vol 42. – No.3. – P. 403 418.

**SYSTEMIC APPROACH IN TREATMENT
AND REHABILITATION
OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA-RELATED
DISORDERS**

Sergei E. Medvedev, Boris G. Butoma

St. Petersburg V.M. Bekhterev
Psychoneurological Research Institute
St. Petersburg, Russia

Key words: *biopsychosocial approach, schizophrenia-related disorders, isomorphism, systemic family psychotherapy, social competence, care service.*

Abstract: This paper examines a therapeutic rehabilitation programme to foster social competence of 44 patients with schizotypal disorder. The interventions were based on a systemic approach to family therapy illustrates the isomorphism of relationship structure in the family of the identified patient and multiprofessional team of caring service professionals. The study includes 23 women and 21 men aged from 18 to 28 participating in the biopsychosocial rehabilitation program for at least 12 months. Patients from the families, which took part in the psychotherapeutic work, showed an increase of social competence with Social Quotient (SQ) scores increasing for more than 15% in three months and more than 32% in 12 months after the start of the rehabilitation program compared to the baseline.

**СЕМЕЙНАЯ ПОДДЕРЖКА КАК ФАКТОР
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЛЕГКИХ (ХОБЛ)**

Д.В. Довбыш

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава
России (Сеченовский университет)
г. Москва, Россия

На сегодняшний день полное излечение от ХОБЛ невозможно, но при соблюдении рекомендаций врача и приеме препаратов можно замедлить течение болезни и продлить жизнь пациента.

Задачи исследования: описать особенности семейного взаимодействия больных ХОБЛ (1), определить наличие связи между особенностями и степенью комплаентности пациентов на разных стадиях болезни (2).

Участники: 50 больных ЦКБ №2 им. Семашко, ЦНИИ туберкулеза РАН.

Методики: структурированное интервью; опросник «Анализ семейной тревоги»; тест-опросник удовлетворенности браком; шкала восприятия социальной поддержки «MSPSS».

Результаты: при высокой комплаентности контроль за схемой приема препаратов чаще осуществляют близкие больного (в основном - супруга). Пациенты с максимальной степенью комплаентности описывают семью как любящую, а супругу – как идеальную, поддерживающую; часто в семьях имеются несовершеннолетние дети. Больные с низкой степенью комплаентности затрудняются описать свои семьи, говорят об отсутствии близкого контакта, формальном взаимодействии, демонстрируют высокий уровень семейной тревоги.

Ключевые слова: *комплаенс, приверженность лечению, ХОБЛ, семейная поддержка, семья хронически больного.*

Сегодняшний уровень знаний не позволяет ставить задачу излечения от ХОБЛ, но при эффективном лечении можно предотвратить прогрессирование заболевания. В связи с этим, на первый план выходит проблема приверженности лечению у данной группы больных. Так как общий план терапии предполагает постоянный прием нескольких препаратов и ингаляторов, плановые госпитализации, изменение образа жизни больного (например, отказ от курения, смена места работы, если работа связана с дыхательной вредностью), для большинства больных соблюдение всех требований врача вызывает большие затруднения [1].

Методики исследования: структурное интервью, опросник депрессии Бэка, тест «Исследование тревожности», опросник «анализ семейной тревоги», тест-опросник удовлетворенности браком, шкала восприятия социальной поддержки.

Для статистической обработки результатов использовалась программа SPSS Statistics 6.0; Оценка комплаентности: В качестве основных параметров для определения степени комплаентности выделены: отказ респондента от курения и соблюдение всех рекомендаций лечащего врача, включая принятие всех прописанных лекарственных препаратов и соблюдение схемы принятия лекарств. В группу больных со степенью комплаентности 1 (некомплаентные больные) отнесены больные, не сократившие количество выкуриваемых сигарет, сознательно не соблюдающие режим медикаментозной терапии и употребляющие не все прописанные врачом медикаменты. Для больных, отнесенных в группу со степенью приверженности лечению 2 (промежуточная группа),

оказалось характерным либо неполный отказ от курения при соблюдении всей составленной для них схемы лечения, либо полный отказ от курения в сочетании с халатностью при приеме лекарственных препаратов. Для больных, попавших в группу со степенью комплаентности 3 (комплаентные больные), были характерны полный отказ от курения, наличие познавательной активности в области своего заболевания и лечения, знание о назначенных препаратах, а также полное выполнение всех рекомендаций врача.

Исследование было выполнено на базе следующих клиник: ЦКБ №2 им. Семашко ОАО «РЖД», Городской клинической больницы №11, Центральный НИИ туберкулеза РАМН.

Группа участников: обследовано 50 больных. Среди них 24 человека имели 1 или 2 стадию ХОБЛ, 23 человека - 3 или 4 стадию. Все испытуемые мужчины, возраст от 44 до 89 лет. Средний возраст испытуемых 68,92 года, стандартное отклонение 12,05 лет.

Результаты исследования: обращает на себя внимание отсутствие статистически значимых связей между признаками тревожности, депрессии и степенью комплаентности (хотя именно эти связи наиболее часто обсуждаются в литературе).

В группе более молодых (рабочего возраста) отмечаются выраженные значимые корреляции между степенью комплаентности и удовлетворенностью браком ($r=0,572$, $p=0,01$), шкале восприятия социальной поддержки ($r=0,557$, $p=0,01$), особенно субшкал «поддержка друзей» и «поддержка значимых других» ($r=0,521$ и $r=0,55$, $p=0,01$). В более пожилой группе (пенсионный возраст) отсутствуют значимые корреляции между социальным взаимодействием и комплаентным поведением. Здесь обращают на себя внимание расхождения между данными, полученными в беседе, и данными опросников: согласно последним, отсутствуют различия в субъективной поддержке между группами разного

возраста, однако более пожилая группа в беседе сообщает о том, что круг друзей в последнее время резко сократился и их социальное функционирование сейчас сильно снижено.

В группах с различной степенью тяжести болезни отмечаются следующие тенденции: для «легких» групп имеется значимая корреляция с удовлетворенностью браком ($r=0,567$, $p=0,01$), поддержкой значимых других ($r=0,497$, $p=0,01$) и обратная корреляция с суммарным баллом по шкале семейной тревожности ($r=-0,617$, $p=0,01$). На поздних стадиях заболевания корреляций с особенностями социальной ситуации выделено не было - можно предположить связь с другими объективными характеристиками заболевания. Важно отметить, что для 62% пациентов из группы с промежуточной степенью комплаентности за соблюдением приема препаратов следили значимые близкие (супруга или дочь). Аналогичная тенденция наблюдается в группе людей с нетяжелыми стадиями заболевания - также для 43% из них сообщают о том, что за приемами лекарств следит супруга. У больных с более тяжелыми симптомами болезни такой тенденции не отмечается.

Выводы и интерпретации: Больные с диагнозом ХОБЛ имеют высокие показатели личностной и ситуативной тревожности, но только треть испытуемых имеет признаки легкой депрессии. Связи между наличием сопутствующих тревожных и депрессивных состояний и степенью комплаентности в исследовании выявлено не было.

Анализ результатов, полученных в опросниках и беседе с испытуемыми показал наличие связи между особенностями социального функционирования, такими как семейная ситуация, наличие разного рода поддержки от окружающих и степени комплаентности больных [1,2]. Статистический анализ также показывает, что эта связь неодинакова в разных группах больных: более ярко выражена в молодой группе и в группе с меньшей тяжестью заболевания.

Больные с разной степенью комплаентности по-разному описывают свою семейную ситуацию: для большинства больных с максимальной комплаентности характерно описание семьи как любящей, в первую очередь супруги – как идеальной, любимой, поддерживающей; также часто в семье имеются несовершеннолетние дети; больные с наименьшей степенью комплаентности затрудняются описать свои семьи или говорят об отсутствии близкого контакта, формальном взаимодействии. Для больных с промежуточной степенью комплаентности характерно описание семьи как хорошей, надежной, «обычной».

Для значительной части испытуемых из более молодой группы и из группы с более легкой симптоматикой характерен внешний контроль за схемой приема препаратов — в этом процессе их поддерживает супруга (реже - дочь). Только при более длительном опыте болезни и переходе на позднюю стадию заболевания больные (с 2 и 3 уровнем комплаентности) начинают самостоятельно выполнять рекомендации врача.

Литература:

1. *George J., Kong D. C.M, Stewart K.* Adherence to disease management programs in patients with COPD. *International Journal of COPD* 2007;2 (3), 253-262.
2. *Sexton D.L, Munro B.H.* Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. *Res Nurs Health.* 1985 Mar;8 (1):83-90.

**FAMILY SUPPORT AS A FACTOR OF COMPLIANCE OF
IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG
DISEASE (COPD)**

Daria Dovbysh

Federal State Funded Educational Institution of Higher Education
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University under the
Ministry of Health of the Russian Federation
(I.M. Sechenov First MSMU)

Moscow, Russia

Key words: *compliance, adherence to treatment, COPD, family support, family and chronic illness.*

Abstract: Objectives of the study: to describe the features of family interaction of COPD patients (1), to determine the relationship between the features and the degree of compliance of patients at different stages of the disease (2).

Participants: 50 patients in different stages of disease
Techniques: structured interview; Questionnaire "Analysis of family anxiety"; Test-questionnaire of satisfaction with marriage; Scale of perception of social support «MSPSS».

Results: in group with high compliance, the control of the drug intake scheme is often performed by relatives of patients (mainly - the spouse). Patients with a maximum degree of compliance describe the family as loving, and the spouse as an ideal, supportive; Often families have underage children. Patients with a low degree of compliance are unable to describe their families, talk about the lack of close contact, formal interaction, demonstrate a high level of family anxiety.

СУПРУЖЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В.А. Богомолов

частнопрактикующий семейный психотерапевт
г. Москва, Россия

Будут представлены 2 шкалы, позволяющие получать обратную связь от пары относительно изменений в уровне их благополучия и их оценку терапевтического альянса. Шкалы позволяют структурировать получение обратной связи, отслеживать уровень терапевтического альянса с каждым из партнеров и вносить изменения в свою работу для повышения эффективности супружеской психотерапии и снижения риска досрочного ухода пары из терапии за счет проблем в терапевтическом альянсе с одним или обеими супругами. Будет представлен случай супружеской терапии с использованием шкал и показаны видеофрагменты работы со шкалами. Участники получают навыки использования шкал ORS и SRS в работе с парой.

Ключевые слова: *супружеская терапия; шкала; обратная связь; терапевтический альянс.*

В рамках психологического консультирования и психотерапии использование средств обратной связи от клиентов является относительно новым, но устойчивым трендом. Такая обратная связь может быть использована специалистом для внесения изменений в работу и усиления вовлеченности клиента, что, в конечном счете, повышает эффективность психологической помощи.

Б. Дункан и С. Миллер разработали 2 шкалы [3,4], позволяющие структурировать процесс получения и обсуждения обратной связи в психотерапии. Клиенты тратят на заполнение шкал несколько минут и, как правило, не испытывают затруднений. Обе шкалы состоят из четырех графических линий по 10 см каждая, на которых клиент ставит отметки в соответствии со своей субъективной оценкой.

Шкала оценки результата (ORS) предлагает клиентам оценить уровень благополучия как индивидуальное состояние (симптомы) в личных отношениях, на работе/учебе и в отношениях с друзьями, и общее состояние. Данные категории позволяют клиентам давать дифференцированную обратную связь об изменениях своего состояния в ходе психотерапии. Шкала может применяться специалистами, работающими в любых подходах и использующими в своей работе любые методы и техники. Она заполняется каждым из супругов в начале встречи.

Шкала оценки встречи (SRS) полностью посвящена оценке клиентами терапевтического альянса – фактора, являющегося лучшим предиктором успешности психологической помощи. Понятие терапевтического альянса также используется специалистами любой теоретической ориентации или школы. Шкала задействует как классическое понимание терапевтического альянса, так и более современные представления об этом конструкте. Инструмент состоит из 4 шкал, позволяющих клиенту дать оценку прошедшей консультации по следующим параметрам: отношение специалиста; адекватность выбранных целей работы и тем разговора; приемлемость подхода или методов, используемых специалистом; общая оценка встречи. Шкала заполняется в конце каждой встречи. Шкала SRS в целом ориентирована на выявление негативной обратной связи от клиента [4]. Данный инструмент также показал достаточно высокие значения надежности и валидности в обычной психологической практике. В супружеской терапии особенно

важно отслеживать оценку обоими супругами терапевтического альянса, так как высокий уровень альянса снижает риск досрочного «выпадения» одного из супругов или пары в целом. Данный инструмент позволяет терапевту в определенной степени управлять терапевтическим альянсом за счет внесения изменений в свою работу с парой.

В Норвегии было проведено крупное рандомизированное исследование использования данных шкал в супружеской терапии, которое включало в себя 205 пар и 10 терапевтов. Одни и те же терапевты случайным образом работали либо с, либо без использования шкал. Результаты показали, что пары в группе с обратной связью в 4 раза чаще достигали клинически значимых изменений, а через 6 месяцев после окончания терапии их уровень благополучия был в два раза выше и они на 46% реже расставались или разводились, чем пары в группе, проходившей терапию без использования обратной связи [2]. Данное исследование было воспроизведено на американской выборке со сходными результатами [5].

Данные инструменты позволяют специалистам выстраивать сотрудничающие отношения с клиентами и дает возможность клиентам активно влиять на процесс терапии и консультирования. Русскоязычная версия шкал распространяется бесплатно.

Литература:

1. Богомолов В.А., Дмитриевский П.В., Милованова Е.А., Бочавер А.А., Скovichева О.А., Хломов К.Д., Павловский А.И. Шкала оценки результата (ORS): предварительные результаты адаптации русскоязычной версии инструмента для получения обратной связи от клиентов в психологическом консультировании // Консультативная психология и психотерапия. 2013. №3. С.179–189.

2. Anker M. G., Duncan B. L., Sparks J. A. Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009. Vol. 77(4), P. 693–704.
3. Miller S., Duncan B., Brown J., Sparks J., Claud D. The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analogue measure // Journal of Brief Therapy. 2003. Vol. 2. P. 91-100.
4. Duncan B., Miller S., Sparks J., Claud D., Reynolds L., Brown J., Johnson L. The Session Rating Scale: preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure // Journal of Brief Therapy. 2003. Vol. 3. № 1. P 3–12.
5. Reese R., Toland M., Slone N., Norsworthy L. Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2010. Vol. 47. P. 616–630.

USING FEEDBACK INFORMED TREATMENT WITH COUPLES

V. Bogomolov

private family psychotherapist
Moscow, Russia

Key words: *couple therapy; scale; feedback; therapeutic alliance.*

Abstract: Two short visual analog scales for use in couples therapy will be presented . These scales help to collect client's feedback regarding their level of wellbeing and their rating of therapeutic alliance. These simple tools improve therapy outcomes and significantly reduce dropout rates in everyday practice.

ТЕРАПИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В СОСТОЯНИИ "ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВОДА"

Е.Ю. Уголева

Институт практической психологии "ИМАТОН";
"Санкт-Петербургское Сообщество специалистов,
помогающих семье"; "Практик-центр"
г. Санкт-Петербург, Россия

Временный эмоциональный разрыв может играть весьма важную роль в сепарации от родительской семьи. Когда же эмоциональный разрыв становится хроническим, это приводит к снижению дифференциации, как в межличностном, так и во внутриличностном смысле. Боуэн отмечает также: "Чем более резким был разрыв с прошлым, тем выше вероятность того, что в своем собственном браке этот человек столкнется с усиленным вариантом проблем своей родительской семьи..." [2;216].

Таким образом, на мой взгляд, понятия "эмоциональный развод" и "эмоциональный разрыв" в данном контексте пересекаются и являются взаимосвязанными.

Ключевые слова: *семейная системная терапия, терапия супружеской пары, эмоциональный развод, эмоциональный разрыв, дифференциация, индивидуация.*

"Эмоциональный развод" (ЭР) - понятие, используемое Карлом Витакером, создавшим и практиковавшим символический подход, основанный на личностном опыте и означающее выход из симбиоза в супружеских отношениях, процесс индивидуации в браке, возникающий практически неизбежно на разных этапах жизненного цикла семьи: 3, 7, 10, 25 лет брака и других. ЭР означает также окончание псевдотерапии в браке и способствует росту брака, если

супруги решатся на такой шаг: "...рискнут ли эти двое психологически развестись и потом снова соединиться? Будут ли они достаточно упорны, чтобы понять, что, вкладывая капитал своей индивидуации в будущую систему, получают как личности взамен новые силы взамен для самих себя? И что постепенное развитие равенства вытеснит тот несимметричный перенос, в котором они играли в терапевта и пациента или родителя и ребенка?" [1;76].

Однако, ЭР может негативно влиять на динамику супружеских отношений, например, в тех случаях, когда, дистанцировавшись друг от друга, супруги так и не нашли возможностей для нового сближения, зафиксировавшись на большом расстоянии. Внешне ЭР выглядит по-разному: супруги продолжают жить вместе, разъезжаются, сообщают друг другу об отсутствии близости, дистанцируются, заводя 3-х в отношениях, и этим 3-м может быть терапевт.

Для лучшего понимания феномена ЭР важно боуэновское понятие "эмоциональный разрыв": "Данное понятие обозначает способ, которым люди отделяют себя от прошлого с тем, чтобы начать собственную жизнь в собственном поколении." [2;215].

Временный эмоциональный разрыв может играть весьма важную роль в сепарации от родительской семьи. Когда же эмоциональный разрыв становится хроническим, это приводит к снижению дифференциации, как в межличностном, так и во внутриличностном смысле. Боуэн отмечает также: "Чем более резким был разрыв с прошлым, тем выше вероятность того, что в своем собственном браке этот человек столкнется с усиленным вариантом проблем своей родительской семьи..." [2;216].

Таким образом, на мой взгляд, понятия "эмоциональный развод" и "эмоциональный разрыв" в данном контексте пересекаются и являются взаимосвязанными. Более того, оба они используются авторами как потенциально полезные, могут вести к росту, дифференциации, индивидуации, если

являются временными и преодолеваются. В тех случаях, когда попытка не увенчивается успехом (члены семьи либо не решаются выйти из слияния, либо эмоциональный разрыв/развод становится хроническим) имеют, скорее, негативную коннотацию.

Некоторые важные принципы терапевтической работы с парой/семьей на этапе ЭР.

1. На мой взгляд, приглашение на первую встречу максимального количества людей из расширенной семьи и даже друзей, облегчает дальнейшую работу и помогает с самого начала запустить процессы детриангуляции, освобождения от отживших гомеостатических способов взаимодействия (конечно же, семья сама "решает", от чего ей стоит избавляться, от чего нет).

2. Техника "перевода": терапевт/терапевты активно помогают в донесении до обоих супругов посланий (содержательных и контекстуальных), в формулировании, передаче и восприятии которых сами супруги либо затрудняются, либо "путают" (в ситуации ЭР каждый супруг часто "смотрит свой фильм"). Терапевт не настаивает, разумеется, может ошибаться, однако, он достаточно активен в "переводе", точности которого способствует в т.ч. знание закономерностей и особенностей стадии жизненного цикла и ЭР.

3. Семейный/супружеский терапевт поддерживает "МЫ" пары, ценит его, однако, не ограничивает их собственным восприятием.

4. Терапевт никогда не предлагает сам, но всячески поддерживает желание одного или обоих супругов временно увеличить дистанцию: разъехаться или перестать обсуждать "горячие" темы. По моим наблюдениям, чем легче супруги воспринимают и допускают такое временное дистанцирование или даже полное прекращение общения на какое-то время (между сеансами или "на месяц"), тем менее "кроваво" может происходить продуктивный и порой

необходимый им ЭР. Терапевт декатастрофизует ситуацию, помогает донести (особенно до того супруга, который не инициирует увеличение дистанции) message не только и не столько отвергающий и задевающий (как это чаще всего воспринимается), а сообщающий о потребности побыть с собой, сориентироваться в ситуации и опереться на себя. Важна поддержка и правильное понимание терапевтом и тому супругу, который рискнул сделать этот шаг (чувству вины предлагается альтернатива, даётся позитивная коннотация потребности). Порой желание "разорвать порочный круг" озвучивают оба супруга, решаясь на это при поддержке терапевта.

5. Терапевт не работает "на сохранение семьи" и "на развод". По моему глубокому убеждению и опыту, лучшая позиция для терапевта - отсутствие какого-либо прогноза в этом отношении. Именно такой "открытый вопрос" способствует максимальной свободе и аутентичности в принятии парой решения, позволяя не отягощать пару собственными проекциями.

Литература:

1. *Whitaker C. Midnight musing of a family therapist. W.W. Norton&Company, - New York, 1989.*
2. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Основные понятия, методы и клиническая практика / под редакцией К. Бейкер, А.Я.Варга. – Москва: Когито-центр, 2005.
3. *Уголева Е.Ю. Феномен усталости в браке // Психологическая газета, 2015; psy.su*

THERAPY OF A MARRIED COUPLE IN A STATE OF "EMOTIONAL DIVORCE"

Ekaterina Ugoleva

IMATON PPI ; Practice-Center Spb; SCHF
St.-Petersburg, Russia

Key words: *family systemic therapy, married couple therapy; emotional divorce; differentiation, individuation.*

Abstract: Therapy of a married couple in a state of "emotional divorce". "Emotional divorce" (ED) is a concept used by Carl Whitaker, who created and practiced a symbolic approach, based on personal experience and signifying a way out of symbiosis in conjugal relationships...Externally ED appears in different ways: the spouses continue to live together, separate, inform each other of the lack of intimacy, distance themselves, bringing a third person in a relationship, and this third may become a therapist.

Bowen's notion of "emotional cutoff" is important. A temporary emotional cutoff can play a very important role in separation from the parent family. When the emotional cutoff becomes chronic, it leads to a decrease in differentiation. The absence of separation from the family often leads to an emotional cutoff and/or divorce in a horizontal way, in marital relations. The concepts of "emotional divorce" and "emotional rupture" used by the authors as potentially useful, they can lead to growth. Some important principles of therapeutic work with couple/family at the ED stage.

ПСИХОТЕРАПИЯ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

СИСТЕМА НЕАДЕКВАТНЫХ ТРЕБОВАНИЙ КАК КЛЮЧЕВОЙ РИСК НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.М. Безруких

ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской
академии образования»
г. Москва, Россия

Отправной точкой любого психотерапевтического воздействия является анализ истории развития, ситуации развития и рисков развития ребенка. Недостаточное внимание или исключение из анализа рисков развития снижает эффективность или сводит на нет все усилия по коррекции эмоционального и психологического состояния ребенка.

Система неадекватных требований, в соответствии с характеристикой ВОЗ, относится к категории насилия, однако ни педагоги, ни родители, ни психологи не выделяют неадекватные требования как фактор риска, провоцирующий нарушения психического здоровья детей.

Высокий уровень негативного воздействия системы неадекватных требований связан не только с одновременным давлением на ребенка родителей и педагогов, но и с воздействием комплекса педагогических факторов риска (ПФР). К числу ПФР относятся: сверххранное обучение, неадекватные методики и технологии обучения, психологический и эмоциональный дискомфорт при обучении, высокая интенсивность и большой объем интеллектуальных нагрузок и др. Сочетание ПФР погружает ребенка в комплекс постоянно действующих стрессовых

ситуаций, негативное воздействие которых усиливается факторами семейного риска (ФСР).

Постоянно действующий стресс не только создает психологическое и эмоциональное напряжение, приводит к нарушениям психического и физического здоровья, но и нарушает морфо-функциональное развитие мозга и когнитивных функций, что особенно опасно на ранних этапах возрастного развития.

Ключевые слова: *риски развития детей, неадекватные требования, нарушения психического здоровья, стресс.*

Отправной точкой любого психотерапевтического воздействия является анализ истории развития, ситуации развития и рисков развития ребенка. Недостаточное внимание или исключение из анализа рисков развития снижает эффективность или сводит на нет все усилия по коррекции эмоционального и психологического состояния ребенка. Социокультурные условия развития определяют запрос на психотерапевтическую помощь, т.к. на разных этапах исторического и социального развития, выходят на первый план разные психологические проблемы, требующие анализа и решения.

Социокультурные условия развития современного ребенка не просто создают условия для предъявления ребенку неадекватных требований, но провоцируют эту ситуацию практически во всех проявлениях (сторонах) жизни ребенка. Фактически современный ребенок погружен в ситуацию неадекватных требований и в семье, и в школе. Под неадекватными требованиями (НТ) мы понимаем комплекс условий жизни и обучения, характер взаимодействия со взрослыми, необходимость выполнения определенных учебных и внеучебных задач, не соответствующих возрастным и индивидуальным возможностям ребенка. НТ, вне зависимости от их характера, всегда являются стрессорирующим фактором, а

их сочетание создает ситуацию постоянно действующего (хронического) стресса. Это нарушения режима дня, чрезмерные интеллектуальные, эмоциональные нагрузки на фоне дефицита двигательной активности. Это психотравмирующие формы поведения родителей и педагогов и неадекватные методики и технологии обучения.

Известно, что постоянно действующий стресс обладает кумулятивным эффектом и способен вызывать не только глубокие изменения психического (неврозоподобные расстройства, неврозы) и физического здоровья (психосоматические заболевания), но нарушать морфологическое развитие мозга и оказывать негативное влияние на когнитивное развитие ребенка, что особо опасно на ранних этапах возрастного развития. Система неадекватных требований, в соответствии с характеристикой ВОЗ, относится к категории насилия, однако ни педагоги, ни родители, ни психологи не выделяют неадекватные требования как фактор риска, провоцирующий нарушения психического здоровья детей.

Высокий уровень негативного воздействия системы неадекватных требований связан не только с одновременным давлением на ребенка родителей и педагогов, но и с воздействием комплекса педагогических факторов риска (ПФР). К числу ПФР относятся: сверххранное обучение, неадекватные методики и технологии обучения, психологический и эмоциональный дискомфорт при обучении, высокая интенсивность и большой объем интеллектуальных нагрузок и др. Сочетание ПФР погружает ребенка в комплекс постоянно действующих стрессовых ситуаций, негативное воздействие которых усиливается факторами семейного риска (ФСР). Принято считать, что дисгармония в семье – ведущий патогенетический фактор, однако система неадекватных требований может быть единым вариантом, принимаемым всеми членами вполне гармоничной семьи.

Сложность выявления НТ (а значит – и коррекции проблем) в том, что вариант психологического насилия может быть не связан с конфликтами, жесткими требованиями, жестким противостоянием, грубостью, агрессией, а, наоборот, замаскирован «благими намерениями».

По мере взросления ребенка меняется характер влияния различных компонентов в системе НТ. Так, в подростковом возрасте ослабевают влияния, связанные с организацией жизни, которую все меньше регламентируют в семье и в школе, но увеличивается интенсивность и сила влияния НТ во взаимодействии родителей и педагогов с подростком, а также давление факторов обучения (ПФР).

НТ затрудняет процессы коммуникации и социализации, нарушает развитие социального интеллекта. В подростковом возрасте отрицательный эффект системы НТ на социализацию усиливается.

Цель психотерапии при психотравмирующем действии системы НТ – оптимизация отношений ребенка в семье и в школе, оптимизация взаимоотношений ребенка с близкими и педагогами (воспитателями), минимизация или исключение НТ в разных сферах жизни и деятельности ребенка.

THE SYSTEM OF INADEQUATE REQUIREMENTS AS A KEY RISK OF MENTAL HEALTH DISORDER

Maryam Bezrukikh

Institute of the Russian Academy of Education,
Institute for Developmental Physiology
Moscow, Russia

Key words: *developmental risks of children, inadequate requirements, mental health disorders, stress.*

Abstract: The starting point of any psychotherapeutic impact is the analysis of the history of development and the risks of child development. Insufficient attention or exclusion from the risk analysis of development reduces effectiveness or negates all efforts to correct the emotional and psychological state of the child.

The system of inadequate requirements (IR), according to the characteristics of WHO, is classified as violence, but not specialists nor parents identify these requirements as a risk factor for mental health disorders in children.

The high level of negative impact of the IR system is associated not only with the simultaneous pressure on the child of parents and educators, but also with the impact of a set of pedagogical risk factors (PFR). Among the PFR are: early training, inadequate training methods and techniques, psychological and emotional discomfort in training, high intensity and heavy loads, etc. The combination of the FIU immerses the child in a complex of permanently working stress situations, the negative impact of which is exacerbated by family risk factors (FSS)

СЕМЬЯ С ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Н.А. Монастырская

частнопрактикующий психолог
г. Москва, Россия

В 90-е годы 20 века в научном психологическом мире впервые прозвучал термин highly sensitive person (высокочувствительный человек). Под высокой чувствительностью в данном случае подразумевается чувствительность сенсорной обработки, выражающаяся в гиперчувствительности к внешним раздражителям, большей глубине когнитивной обработки и высокой эмоциональной

реактивности. На данный момент считается, что высокой чувствительностью обладает около 20% людей. В то же время, как отметила Э. Эйрон, ведущий исследователь этого феномена, данное “меньшинство людей” составляет “большинство клиентов психотерапевта”.

В рамках доклада будут рассмотрены следующие вопросы:

- Обзор современных исследований феномена высокой чувствительности;
- Высокая чувствительность и парадигма привязанности;
- Причины обращения к психологу семьи с высокочувствительным ребенком (ВЧР);
- Особенности психологической работы с ВЧР;
- Психологическая помощь родителям, испытывающим трудности в воспитании ВЧР;
- Сотрудничество со специалистами смежных профессий для повышения эффективности психологической работы с ВЧР.

Ключевые слова: *высокочувствительная личность, высокочувствительный ребенок.*

В 90-е годы 20 века в научном психологическом мире впервые прозвучал термин “высокочувствительная личность” (ВЧЛ), на языке оригинала highly sensitive person (HSP). Автором термина является Элейн Эйрон (клинический психолог, психотерапевт, США). Для описания основных отличительных черт, характеризующих ВЧЛ, Эйрон создала акроним DOES [3]:

- D (depth of processing) глубина (подробность) обработки информации;
- O (overstimulation) быстрое перевозбуждение в силу повышенной восприимчивости к раздражителям окружающей среды;
- E (emotional reactivity) эмоциональная реактивность;

- S (sensing the subtle) внимательность к деталям, чувствительность к нюансам окружения.

Помимо тщательной обработки сенсорной информации и эмоциональной реактивности, ВЧЛ “обладают более высокой скоростью рефлекторной реакции, более чувствительны к боли, медикаментам или стимуляторам, у них очень реактивная иммунная система, чаще возникают аллергические реакции.” [2;23].

Исследования последних десятилетий свидетельствуют о том, что высокая чувствительность генетически детерминирована: в настоящее время выявлен ряд разновидностей дофамин-регулирующих генов, с которыми она ассоциирована [6]. В то же время семейная среда и воздействие стрессовых жизненных событий повышают уровень чувствительности [5].

Эйрон придерживается позиции, что высокая чувствительность не является отклонением в развитии, психическим или неврологическим заболеванием, аргументируя это широкой распространенностью (15-20%) как среди людей, так и в популяциях некоторых животных [4]. Так, в отличие от РАС (расстройства аутистического спектра), высокая чувствительность не сопровождается устойчивыми нарушениями в социальной и коммуникативной сфере. СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью) в своих проявлениях хоть и может совпадать с поведением перевозбужденного ВЧЛ, имеет иную природу, не связанную с глубокой сенсорной обработкой.

В то же время, в силу вышеперечисленных особенностей, ВЧЛ бывает трудно адаптироваться к условиям жизни в современном мире и довольно часто они испытывают потребность в психологической помощи. В связи с этим семейным психологам важно знать о феномене высокой чувствительности и учитывать ее проявления в работе с семьями, воспитывающими высокочувствительных детей. Представленные ниже рекомендации базируются на

собственном опыте работы с данной категорией детей и семей, а также учитывают общие рекомендации ведущих специалистов в этой области [2], [8].

Родители, воспитывающие высокочувствительного ребёнка (ВЧР), зачастую указывают следующие трудности:

- Замкнутость, застенчивость ребёнка;
- Возбудимость, быстрое переутомление;
- Трудности нахождения в шумных, людных местах;
- Трудности адаптации к детскому саду и школе;
- Частые истерики;
- Тревожность, страхи;
- Избирательность в еде;
- Трудности в выборе удобной одежды;
- Трудности адаптации к переменам (поездка, перестановка, переезд, рождение сиблинга и т.д.);
- Труднопереносимость неопределённости, неожиданностей и многое другое.

Помимо лежащих в основе этих трудностей возбудимости и эмоциональной реактивности на фоне гиперстимуляции, стоит учитывать ограничения ребенка (в отличие от взрослого) в выборе подходящих для него условий. Поэтому основные задачи взрослого рядом с ВЧР заключаются в следующем:

- Снизить количество и интенсивность раздражителей, к которым ребенок особенно восприимчив;
- Следить за поддержанием оптимального уровня возбуждения;
- Помогать справляться с сильными эмоциями (проговаривать, нормализовать, помогать экологично выражать).
- Избегать длительной сепарации с основным объектом привязанности, особенно в раннем возрасте.

Психологическая помощь семье с ВЧР может осуществляться в следующих направлениях:

- Индивидуальная работа с ВЧР;

- Индивидуальная работа с родителем ВЧР;
- Работа с семьёй с ВЧР.

В индивидуальной работе с ВЧР важно уделить внимание следующим факторам:

- Отсутствие чрезмерной сенсорной стимуляции в кабинете;
- Удовлетворении потребности в медленном сближении;
- Снижение тревожности путем проговаривания предстоящего взаимодействия;
- Терпеливость и внимание к индивидуальному темпу деятельности ребенка, возникающим паузам.

В индивидуальной работе с родителем важно уделить внимание созданию позитивного образа высокой чувствительности, обсуждению способов решения задач, перечисленных выше. Также родителю можно рекомендовать общение с другими родителями ВЧР, например, в рамках групп поддержки. Поскольку доказано, что ненадежная привязанность для ВЧР может быть более травматичной, чем для не-ВЧР [7], эффективна работа над привязанностью в паре родитель-ребенок.

Также может оказаться полезным сотрудничество со специалистами:

- Владеющими методикой СИС (сенсорная интеграция и стимуляция). Несмотря на то, что высокая чувствительность не требует коррекции, специалисты могут помочь родителю лучше понять особенности ВЧР;
- Работающими в парадигме привязанности (к примеру, ведущие групп по программе SAFE и PEKiP);
- Владеющими методами, учитывающими важность привязанности и индивидуальные особенности ребенка, например, DIR (Developmental, Individual-difference, Relationship-based);
- В силу доказанного влияния травматического опыта и тревожности родителя на стиль привязанности ребенка [1], а также большей травматичности ненадежного стиля

привязанности у ВЧР, большую пользу может принести индивидуальная терапия родителя;

- Наконец, если проявления высокой чувствительности вызывают подозрения в наличии таких расстройств, как РАС или СДВГ, может понадобиться консультация психиатра и невролога.

Таким образом, знания о феномене высокой чувствительности могут помочь специалисту выработать грамотный подход к психологическому сопровождению, установлению контакта с ребенком и рабочего альянса с семьей, а также составлению рекомендаций по нахождению оптимального баланса между изменениями условий среды, в которой воспитывается ребенок и адаптации к ней.

Литература:

1. *Бриш К.* Терапия нарушений привязанности: от теории к практике. М.: Когито-Центр, 2012.
2. *Эйрон Э.* Высокочувствительный ребенок. М.: Ресурс, 2013.
3. *Aron, E. N.* Psychotherapy and the Highly Sensitive Person: Improving Outcomes for That Minority of People Who Are the Majority of Clients. New York, NY: Routledge, 2010.
4. *Aron, E. N., Aron A., and Jagiellowicz J.* Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsivity. *Pers. Soc. Psychol.*, 2012. Rev. 16:262–282.
5. *Benham G.* The Highly Sensitive Person: Stress and physical symptom reports. *Personality and Individ. Differ.*, 2006. 40: 1433–1440.
6. *Chen C., R. Moyzis, H. Stern, Q. H. and Li H.* Contributions of dopamine-related genes and environmental factors to highly sensitive personality: a multi-step neuronal system-level approach. *PLoS One*, 2006. 6: e21636.
7. *Gunnar M., Nachmias M., Mangelsdorf S., Hornik Parritz R., Buss K.* Behavioral Inhibition and Stress Reactivity: The

- Moderating Role of Attachment Security. *Child Development*, 1996. 67: 508-22
8. Zeff T. Ten Ways to work with the Highly Sensitive Client. <http://drtedzeff.com/news/ten-ways-to-work-with-the-highly-sensitive-client.php> Дата обращения: 20.07.17

COUNSELLING A FAMILY RAISING A HIGHLY SENSITIVE CHILD

Nadezhda Monastyrskaya

private psychologist
Moscow, Russia

Key words: *highly sensitive person, highly sensitive child.*

Abstract: In the 90-s of the 20th Century the scientific world of psychology faced the term "a highly sensitive person" for the first time. High sensitivity implies the sensory processing sensitivity that manifests itself through the hypersensitivity to external stimuli, greater depth of cognitive processing and higher emotional reactivity.

For the current moment it is stated that about 20 percent of people are highly sensitive. At the same time, according to E.Aron, the leading specialist in researching this phenomenon, this "minority of people" in general makes the "majority of clients" of psychotherapists.

In terms of this reports will be investigated such issues as:

- The overview of the modern research, connected with the phenomenon of high sensitivity;
- Highly sensitive child (HSC) and relations in the family;
- Most common requests to psychologists from the families with HSC;
- The specific of work with HSC;

- Providing the psychological help for families with HSC;
- Cooperation with the specialists of related professions in order to increase the efficiency of psychological work.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

С.В. Тимофеева

Московская служба психологической помощи населению,
Институт практической психологии и психоанализа,
Общество семейных консультантов и психотерапевтов
г. Москва, Россия

В фокусе терапевтического вмешательства наиболее часто оказывается детско-родительская диада: мать-ребенок. Симптоматическое поведение ребенка (воровство, ипохондрия, негативизм и другое) проявляется на фоне специфических детско-родительских отношений, в которых заблокированы ведущие потребности привязанности матери и ребенка.

В докладе будет проведен сравнительный анализ отношений между супругами и отношений родитель-ребенок.

Фокус внимания в терапии - потребности привязанности матери и ребенка. Выступление раскрывает тему эмоциональных реакций в ситуации дистресса и их вклад в поддержание негативного цикла коммуникации.

В докладе будут рассмотрены основные причины сбоя в коммуникации между матерью и ребенком, происходящие на фоне недостаточной чуткости матери.

Некоторые потребности матери и ребенка могут вступать в конфликт друг с другом: например, потребность

матери обеспечить безопасность и потребность ребенка в автономии.

Доклад будет проиллюстрирован случаями из клинической практики.

Ключевые слова: *Терапия семьи, детско-родительские отношения, эмоционально фокусированная терапия.*

В фокусе терапевтического вмешательства наиболее часто оказывается детско-родительская диада: мать-ребенок. Симптоматическое поведение ребенка (воровство, ипохондрия, негативизм и другое) проявляется на фоне специфических детско-родительских отношений, в которых заблокированы ведущие потребности привязанности матери и ребенка.

Сравнительный анализ взрослых любовных отношений и детско-родительских отношений с точки зрения теории привязанности показывает:

В романтических любовных отношениях и в отношениях между матерью и ребенком присутствует эмоциональная отзывчивость, вовлеченность. В обоих отношениях и ребенок, и взрослый чувствует себя уверенно, если знает, что значимый человек находится в зоне досягаемости. К нему можно прийти, до него дотянуться. И влюбленный, и ребенок легче переносит ситуации стресса и неопределенности, если объект любви воспринимается ими как надежный, целостный. Когда фигура привязанности держится дистантно или ведет себя отвергающе, то и ребенок, и влюбленный испытывают сильное чувство тревоги, фокусируются на поиске утешения, меньше исследуют окружающий мир.

Во время переживания страха, боли, злости обостряется потребность, чтобы любимый человек пришел, успокоил, утешил. Восстановление отношений дает ощущение

комфорта, расслабленности. И в детско-родительских, и в любовных отношениях велика потребность в физическом контакте: мать укачивает младенца, обнимает его, взрослые – целуются, держатся за руки.

Существует три отличия в проявлениях привязанности в детско-родительских и взрослых отношениях.

1. Ребенок больше нуждается в осязаемом контакте со взрослым, ему трудно представить маму. Взрослые могут сохранять воспоминания и находить утешение, будучи мысленно с любимым.

2. Отношения взрослых сексуально окрашены. Сексуальность – это поведение, которое мотивировано взрослой привязанностью. Сексуально окрашенные отношения в детско-родительской диаде травмируют ребенка.

3. Взрослые отношения двухсторонне и взаимны, участвуют равноправные партнеры. В детско-родительской паре за отношения отвечает взрослый. Он наделен властью, которой распоряжается. Характер отношений, качество контакта определяет взрослый, а не ребенок.

Существует две основных потребности привязанности: заботиться и принимать заботу. Во взрослых романтических отношениях мы время от времени делаем и то, и другое. Когда речь идет о родителях – их ведущая потребность привязанности – заботиться о потомстве. Если у родителя заблокирована возможность заботиться, то возникает реакция дистресса. Эта реакция сопровождается такими эмоциями, как страх, гнев, отчаяние, боль, сочетается с чувством вины родителя перед ребенком.

Сбой в детско-родительской коммуникации может быть на фоне недостаточной чуткости матери. Сигналы ребенка могут не восприниматься матерью по нескольким причинам:

- она может быть погружена в собственные состояния, например, депрессия или переживание травмы;
- мать может неправильно толковать сигналы ребенка из-за собственных потребностей или проекций (например,

мать не говорит дочери, что она красивая, потому что не хочет воспитать в ней гордыню);

- мать может неправильно рассчитать интенсивность своего воздействия на ребенка, что может нарушить отношения (например, интенсивная поддержка при вступлении в новый социум вместо успокоения дает ребенку сигнал, что это опасное место);

У детей ведущая потребность привязанности – принимать заботу. Если объект утешения и любви недоступен, то возникают эмоции страха, гнева, отчаяния и отчуждения.

Иногда возникают ситуации, когда потребности ребенка входят в конфликт с потребностями родителя. В частности, потребность развития у ребенка исследовать окружающий мир, строить новые контакты и связи, быть автономным. Эта потребность может вступать в конфликт с потребностью родителя обеспечить ребенку безопасность. Невозможность исследовать окружающий мир, быть автономным от родителя вызывает у подростка гнев, отчаяние, страх. Родитель, ограничивающий автономию ребенка, является для ребенка эмоционально недоступным.

Цель эмоционально-фокусированной терапии детско-родительских отношений – привести мать и ребенка к балансу в отношениях, в котором будет присутствовать надежная привязанность. Это отношения, в которых удовлетворены потребности и матери, и ребенка: мать будет чуткой, заботящейся, но не потакающей или отвергающей. Родители научаются поощрять самостоятельность ребенка, доступную ему на соответствующем возрастном этапе развития. Ребенок научается давать адекватные сигналы родителю, означающие его потребности в заботе или в развитии.

Изменения в отношениях происходят за счет переопределения эмоциональных реакций матери и ребенка в контексте потребностей привязанности и развития. Первым шагом в терапии является выявление ключевых

центральных эмоциональных реакций, которые стоят за паттернами во взаимодействии между ребенком и родителем. Как и в работе с супругами, первое, что необходимо сделать в детско-родительской диаде – выявить негативный цикл коммуникации.

Циркулярное интервью в этом здорово помогает. Ответственность за поддержание цикла на родителе.

Шаги, используемые в терапии схожи в шагами классической ЭФТ:

- выявление непризнаваемых чувств у родителя и у ребенка;
- выявление типичных паттернов родительского и детского поведения в ситуации дистресса;
- выявление циклов детско-родительского взаимодействия;
- помощь в признании отрицаемых сторон и потребностей и их интеграция в детско-родительские отношения;
- создание новой эмоциональной вовлеченности родителя и ребенка.

Отдельное внимание в работе уделяется процессу эмоциональной регуляции родителя. Такие сильные чувства, как страх за ребенка и вина перед ним, токсично действуют на коммуникацию, нарушают детско-родительские отношения. Осознание и признание этих эмоций снижает реактивность в поведении родителя и делает его более чутким к потребностям ребенка. Кроме того, родитель пытающийся регулировать свои эмоциональные реакции, подает хороший пример своему ребенку.

Литература:

1. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей.

2. *Бриш К.Х.* Терапия нарушений привязанности: от теории к практике. Пер. с нем.- М.: Когите-Центр, 2014.- 316с.
3. *Джонсон С.М.* Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. Создание связей /Перевод с англ. Х.М.Воскановой; науч.ред. К.В. Ягнюк, Л.Л. Микаэлян.- М.: Научный мир, 2013.-364 с.

EMOTIONALLY FOCUSED THERAPY OF CHILD-PARENT RELATIONSHIPS

Svetlana Timofeeva

The Moscow Service of Psychological Assistance
to the Population, The Institute of Practical Psychology
and Psychoanalysis, The Society of Family Counsellors
and Therapists
Moscow, Russia

Key words: *family therapy, child-parent relations, emotionally focused therapy.*

Abstract: The most typical child-parent dyad for therapeutic intervention is the mother-child one. Symptomatic behavior of the child (theft, hypochondria, negativism and others) is manifested at the specific child-parent relationship background, in which the leading need for mother and child attachment is blocked.

The report will provide a comparative analysis of the relationship between the spouses and the parent-child relationship.

The therapy is to be focused on the need for attachment for mother and child. The report will be focused on emotional reactions in the situation of distress and their contribution to maintaining a negative cycle of communication.

The report will also consider the main causes of malfunction in communication between mother and child, taking place against a background of mother's insufficient sensitivity.

Some of the mother and child needs can contradict each other: for example, the mother's need to ensure safety and the child's need for autonomy.

The report will be illustrated by cases from clinical practice.

**СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ПОДРОСТКОВ
С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Э.И. Джавадова¹, Л.С. Печникова²

¹ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

²МГУ имени М.В. Ломоносова, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.
Сухаревой ДЗМ»
г. Москва, Россия

Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте и влияние семейной ситуации на его формирование представляет собой острую проблему.

Цель исследования - изучение семейных факторов риска аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте.

В исследовании использовались метод клинико-психологической беседы (с клинической группой) и следующие методики: Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3), Методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним», Семейная социограмма Э.Г.Эйдемиллера, диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн (модификация ИИСТ).

В исследовании принимали участие ученики общеобразовательных школ и пациенты НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой.

Результаты: Выделены и описаны паттерны взаимосвязи характеристик семейной системы и аутодеструктивного поведения. Были подтверждены выдвигаемые гипотезы и выявлены как общие для всей выборки особенности, так и различия между группами, разделенными по критерию психического здоровья. Так, были выделены предикторы аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте, связанные с восприятием родительских фигур.

Ключевые слова: *аутодеструктивное поведение, суицидальная попытка, самоповреждения, семейная система, стиль воспитания, параметры семейной системы, самооценка*

Аутодеструктивное поведение - понятие, включающее в себя широкий ряд феноменов, представленных в разных формах саморазрушения от рискованных действий до самоповреждений и суицидальных попыток. [5] Суицид - самая радикальная форма аутодеструктивного поведения, является важной проблемой в условиях современной реальности.

Именно в этот период развития ребенка обычно выявляется высокий риск суицидального поведения. Феноменология аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте довольно широка и включает в себя истинные суицидальные попытки, демонстративно-шантажные покушения или намеренные самоповреждения. [2,4]

Исследования в последние десятилетия показали важность взаимодействия биологических, психологических, социальных, средовых и культуральных факторов при

формировании суицидального поведения. Ряд авторов указывают на особенности семейной ситуации как источника дезадаптации личности, приводящей к саморазрушающему поведению. [1,3,6,7,8,] Семейные факторы риска включают в себя: жестокое обращение и насилие в семье, неблагоприятный или патогенный стиль воспитания, конфликтные и напряженные отношения с родителями.

Однако не так часто встречаются исследования, направленные на изучение связи особенностей функционирования семьи с точки зрения ее структурных и коммуникативных аспектов с аутодеструктивным поведением в подростковом возрасте. А это, в свою очередь, представляет важность для составления психологических программ коррекции и психотерапии.

Поэтому **целью** настоящей работы является изучение семейных факторов риска аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте.

Участники исследования: В исследовании приняли участие 161 респондент, из них: 60 респондентов (клиническая группа) - пациенты, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», имеющие в анамнезе хотя бы одну попытку суицида: истинную суицидальную попытку, демонстративно-шантажное покушение или намеренное самоповреждение в виде самопорезов или отравления таблетками (55 - женского пола, 5 мужского, в возрасте от 12 до 17 лет). Критерием включения в группу было наличие аутодеструктивного поведения, а исключением - умственная недостаточность и расстройства психотического уровня. 101 респондент - группа сравнения (63- женского пола, 38- мужского пола, в возрасте от 13 до 17 лет), ученики общеобразовательных школ, не имеющие расстройств психического здоровья.

Процедура исследования и методы анализа данных: В исследовании использовались метод клинико-психологической беседы (с клинической группой) и

следующие методики: Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) Тест Олсона, Методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR), Семейная социограмма Э.Г.Эйдемиллера, диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн (модификация ИИСТ). Далее проводился статистический анализ данных с помощью программы IBM SPSS Statistic-20.

Выводы: Для всех обследованных подростков самооценка характеризуется некоторой недифференцированностью от ожидаемой ими родительской оценки. Однако подростки с аутодеструктивным поведением более чутко и остро реагируют на требования со стороны родителей и в большинстве своем оценивают их как завышенные.

1. Подростки с аутодеструктивным поведением воспринимают свою семью как менее сплоченную по сравнению с группой условно здоровых.

2. Стратегии воспитания со стороны родителей воспринимаются исследуемыми подростками по-разному: так, подростки с аутодеструктивным поведением воспринимают отца как более враждебного, строгого и критикующего, а мать как более автономную и отгороженную. При этом респонденты младшего подросткового возраста клинической группы воспринимают свою мать как более враждебную, чем старшие подростки из той же группы.

3. Подростки с аутодеструктивным поведением чаще, чем условно здоровые, имеют либо низкую самооценку либо очень высокий уровень притязаний, а также считают, что родители ожидают от них высоких достижений.

4. Для подростков с аутодеструктивным поведением чаще, чем для условно здоровых, характерны дисфункциональные взаимодействия в семье, воспринимаемые ими: симбиотическая связь подростка с родителем, дистантные и конфликтные отношения,

эгоцентрическая позиция ребенка в семье, недостаток внимания со стороны родителей и ощущение подростком своей незначительности; либо ровно противоположное - захват власти.

5. По результатам математической модели регрессии из всех исследованных параметров восприятия подростками взаимодействия в семье в качестве предиктора аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте было выделено восприятие своего отца как требовательного, контролирующего и строгого, ожидающего высоких достижений от своего ребенка.

6. По результатам кластерного анализа клиническая группа разделилась на две подгруппы: а) подростки, воспринимающие себя как более дистанцированных, более остро реагирующих на родительскую активность и воспринимающих ее в более негативном ключе, оценивающих себя как недостаточно значимых в семье и обладающих более низкой самооценкой; б) подростки, воспринимающие отношения с родителями как более близкие и менее конфликтные, более уверенные в себе и в своей значимости для других членов семьи, стремящиеся получить еще больше внимания от близких. Тогда для первых, по нашему мнению, аутодеструктивное поведение необходимо для обращения внимания на себя, заявления о необходимой помощи и налаживания отношений, а для вторых - как способ манипуляции, получение необходимого результата и регуляции дистанции между членами семьи.

7. Склонность к нереалистичным ожиданиям по поводу своей роли в семье, фиксированность на теме семейных отношений и стремление получить недостающее внимание со стороны родителей могут приводить подростков к аутоагрессивному поведению. Семейная психотерапия должна быть направлена на развитие автономности у этих подростков, развитие сепарации от родителей. С другой стороны, необходима работа по коррекции родительского

стиля воспитания и развитию умения родителей прорабатывать внутрисемейные конфликты.

Литература:

1. *Амбрумова А.Г.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. — М., 1980. — 48 с.
2. *Амбрумова А.Г.* Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, Л.Л. Бергельсон // Вопросы психологии. — № 4. — 1981.— С. 91–102.
3. *Варга А.Я.* Структура и типы родительского отношения: дис. ... канд. психол. наук: М., 1986.
4. *Личко А. Е., Александров А. А.* Суицидальное поведение подростков. // Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения. - М., 1974. - С.71-79.
5. *Польская Н.А., Власова Н.В.* Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 176–190.
6. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. -359с.
7. *Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8—24.
8. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. №2 (13).URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php

FAMILY RISK FACTORS FOR SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH VARIOUS MENTAL PATHOLOGIES.

¹Emiliya Igorevna Dzhavadova, ²Leonora Sergeevna Pechnikova

¹The Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva

²Lomonosov Moscow State University, The Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva
Moscow, Russia

Key words: *Self-destructive behavior, suicidal attempt, self-harm, family system, parenting style, parameters of the family system, self-esteem.*

Abstract: Autodestructive behavior in adolescence and the influence of the family situation on its formation is an acute problem.

The aim of the research- to study family risk factors for autodestructive behavior in adolescence.

The empirical research was conducted with help of the methods FACES-3 (D.Olson), ADOR (E.Shafer), family sociogram (E.G. Eidemiller), A modified technique for diagnosing the self-esteem of Dembo-Rubinstein.

The study involved pupils of comprehensive schools and patients of psychiatric hospital.

Conclusions: We singled out and described the patterns of interrelation between the characteristics of the family system and autodestructive behavior. As a result of the research, the hypotheses that were put forward were confirmed and the features common to the entire sample were identified, as well as the differences between the groups divided by the criterion of mental health. Thus, the predictors of autodestructive behavior in

adolescence were singled out, which can be used as targets of psychotherapeutic work.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ FLOORTIME
В РАЗВИТИИ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

А.А. Азирова

Логопедический центр "Территория речи"
г. Москва, Россия

В докладе будет рассмотрен современный семейный подход DIR/Floortime, автором которого является Стенли Гринспен. Floortime - это вид игровой терапии, цель которой справиться с трудностями развития, обогащать навыки и умения детей во всех сферах. Этот метод основан на развивающем индивидуальном подходе, использующем отношения с ребенком как фундамент успешной работы. При этом в основе подхода лежат идеи следования за потребностями и интересами ребенка, подключение к его эмоциональному состоянию, учет его сенсорных особенностей.

Будут даны основные теоретические положения методики. В качестве примера будет рассмотрен один из аспектов использования методики как средства формирования коммуникативных навыков у детей дошкольного и раннего возраста.

Ключевые слова: *флортайм, игровая терапия, эмоционально-функциональные ступени развития.*

Современный семейный подход DIR / Floortime, предложенный Стенли Гринспеном - это один из эффективных методов работы с детьми аутистического спектра и другими трудностями развития. Основные идеи этого подхода изложены в книге «На ты с аутизмом», авторами которой являются Стенли Гринспен и Серена Уиндер. Методика широко используется в течение последних 15 лет в ведущих центрах по лечению аутизма в США и других странах.

Концепция DIR – это уникальный комплексный подход, учитывающий особенности развития и индивидуальные особенности ребенка, а также систему его отношений с другими людьми. В основе данного подхода лежит идея о том, что ребенок эмоционально привязан к людям, его окружающим, и имеет способность взаимодействовать с ними для того, чтобы развиваться умственно и эмоционально. Взрослые, приняв в качестве отправной точки текущий уровень развития ребенка, могут помочь ему расширить возможности общения, что будет способствовать укреплению и развитию его способностей. Работая с эмоциональными проявлениями, мы можем благотворно влиять на базовые способности, ответственные за отношения, мышление и общение. Концепция DIR помогает понять нам любого ребенка и способствовать его развитию.

Обычно этот подход применяется в работе с детьми, имеющими трудности в обучении, социальном взаимодействии, в эмоциональном развитии. Но наибольшую популярность подход приобрел в работе с детьми с РАС. Среди самых важных нововведений, которые концепция DIR вносит в коррекцию расстройств аутистического спектра, – это раннее выявление отклонений и профилактическая терапия с использованием комплексного индивидуального подхода.

Floortime - это вид игровой терапии, цель которой построение фундамента для здорового психологического развития, развитие ребенка, продвижение по ступеням развития. Этот метод основан на развивающем

индивидуальном подходе, использующем отношения с ребенком как фундамент успешной работы. В основе подхода лежат идеи следования за потребностями и интересами ребенка, подключение к его эмоциональному состоянию, учет его сенсорных особенностей.

Для того, чтобы помочь ребенку понимать мир, иметь средства и предмет для коммуникации, важно, чтобы им были пройдены определенные этапы. С. Гринспен выделил шесть ступеней функционально-эмоционального развития, четыре из которых включают эмоциональные взаимодействия между ребенком и взрослым возникающие до появления символов и слов.

Каждая стадия - это анализ того, как ребенок организует жизненный опыт и как справляется с окружающим миром.

Это основные эмоциональные вехи, которые проходит ребенок на пути становления личности. Речь идет не о традиционных параметрах физического развития, поведения, а о познавательных потребностях, возникающих на каждом этапе жизни и необходимых для эмоционального и умственного развития. Каждая последующая стадия вытекает из предыдущей. Начальные стадии являются фундаментом развития личности. Если на них происходит сбой, это скажется на развитии в детстве и во взрослой жизни. При определенных трудностях в развитии инициировать и развивать взаимодействие с ребенком – непростая задача. Ребенок испытывает сложности в понимании эмоциональных сигналов. Ему нужна в этом большая поддержка. Раннее участие в специально организованных играх со специалистами и родителями, получившими необходимые знания и навыки, помогает наладить с ребенком коммуникацию и способствует его развитию.

Литература:

1. *Гринспен С., Уидер С.* На ты с аутизмом, М, Теревинф, 2013, 512с.

**THE USE OF FLOORTIME IN THE DEVELOPMENT
OF COMMUNICATION SKILLS IN PRE-SCHOOL
CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL FEATURES**

Anna Azirova

Speech therapy center "Territory of speech"
Moscow, Russia

Key words: *floortime, game therapy, emotional and functional stages of development.*

Abstract: DIR/Floortime proposed by Stanley Greenspan, is one of the most effective methods of working with children with autism and other developmental problems. The concept of DIR is a unique, integrated approach based on the idea that the child is emotionally attached to others and has the ability to interact with them in order to develop mentally and emotionally. Greenspan identified six stages of functional emotional development. If in the initial stages of development fails, it affects the further development. Under certain difficulties in the development to initiate and develop interaction with the child is not an easy task. Participation in specially organized games with professionals and parents to gain the necessary knowledge and skills to help the communication of the child and contributes to its development.

СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА КОРРЕКЦИОННУЮ РАБОТУ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

А.А. Ильина, Д.В. Довбыш, Э.И. Джавадова, Е.В. Подурова, Н.А. Бычкова, М.В. Швец, А.А. Байкова

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»
г. Москва, Россия

Несмотря на появившиеся исследования, обосновывающие необходимость вовлечения всей семьи в лечение психически больного ребенка, организация этого процесса все еще представляет большую трудность.

Задачами исследования являются: оценка эмоциональной сферы родителей при госпитализации ребенка в психиатрический стационар, анализ потребностей родителей и их ожиданий от пребывания ребенка в клинике, оценка готовности родителей к сотрудничеству.

Методики исследования: анкета; опросник депрессии Бэка; тест «Исследование тревожности»; опросник «Анализ семейной тревоги»; опросник когнитивной регуляции эмоций; модифицированная методика Дембо-Рубинштейн.

Участники исследования: родители в момент госпитализации детей в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Результаты: выделены группы родителей, различающиеся по выраженности признаков тревожности (личностной, ситуационной, семейной) и депрессии; группы имеют различную степень готовности к участию в лечении ребенка, демонстрируют разные стратегии регуляции эмоций и представления о ребенке в ситуации болезни и предстоящей госпитализации.

Ключевые слова: *системная психотерапия, задачи психолога, детское психическое здоровье, семья психически больного ребенка, уровни оказания психологической помощи.*

В настоящий момент понимание психологической помощи ребенку трансформируется от изначального – ориентированного исключительно на ребенка – к современному – включающему всю семью. Этот процесс требует выделения и внедрения в практику новых задач, стоящих перед специалистами. На основе анализа анкеты, предлагаемой для заполнения родителям в момент госпитализации, нами были выделены следующие блоки задач, которые ставит семья перед больницей в целом: 1) диагностика состояния ребенка; 2) медикаментозная терапия; 3) психологическая помощь (включает в себя как поддержку родителей, так и работу со всей семьей); 4) информационная и обучающая и 5) бытовые потребности (обеспечение безопасности ребенка, отдых родителей и наказание ребенка). Выделение задач психолога в клинике должно строиться и на имеющихся у родителей запросах.

Методики исследования: анализ литературы и исследований, проведенных в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Целью данной работы является выделение задач и направлений работы психолога в детской психиатрической клинике.

Первый уровень – помощь ребенку, которая направлена на конкретные мишени, связанные с заболеванием или кризисным состоянием. Этот блок представляет собой более традиционное понимание задач психолога при работе с ребенком в больнице и потому в большей степени знакома специалистам.

Второй уровень касается непосредственно работы с семьей больного ребенка. Одна из глобальных задач этого уровня – диагностика семейной системы, семейная

психотерапия, а также информирование законных представителей о проводимой с ребенком работе в стационаре. С одной стороны, ситуация госпитализации и болезни ребенка требует от семейной системы перестройки и изменения многих ее параметров; от качества и оперативности подобных изменений во многом будет зависеть благополучие и самого ребенка, и всей семьи в целом. С другой стороны, целый ряд симптомов ребенка может возникать или усиливаться в результате семейной динамики: тогда подобная работа со всей семьей госпитализированного ребенка непосредственно направлена на улучшение его состояния.

Важной задачей является формирование адекватной внутренней картины болезни: именно она является одним из ключевых факторов комплаентности [1]. Согласно нашему исследованию, задача принятия болезни ребенка актуальна для 41% родителей как первично, так и повторно госпитализированных детей. Примечательно при этом, что 58% родителей оценивают здоровье своего ребенка как максимальное или близкое к максимальному.

Отдельной задачей работы на этом уровне является поддержка родителей и нормализация их переживаний. Обзор литературы показывает, что переживания, связанные с психической болезнью ребенка, для многих родителей сходны с переживанием горя и «утраты без утраты» [5, 7]. Согласно нашему опросу, 62% родителей говорят о сильной потребности в эмоциональной поддержке стороны сотрудников больницы (возможно, проецируя на них потребность в принятии от общества в целом). Кроме того, и болезнь ребенка, и ситуация госпитализации обычно связаны с высоким уровнем как семейного, так и личного дистресса родителей [6]. Это подтверждается и данными нашей работы – 64% родителей имеют высокую ситуативную тревожность, 53% - личностную тревожность, 46% - признаки депрессии. Одним из направлений работы здесь может быть работа с переживаемой

родителями вины: семейная вина отрицательно связана с готовностью семьи к сотрудничеству, имеющимися у семьи ресурсами.

Как правило, данные о включенности отца в работу в рамках больницы очень противоречивы [3, 4]. В рамках нашей работы показано, что оба родителя одинаково тяжело переживают ситуацию госпитализации ребенка и демонстрируют схожий уровень тревожности и депрессии и - главное - общую готовность к сотрудничеству с персоналом больницы.

Третий уровень задач посвящен работе с сотрудниками больницы, включает в себя программы поддержки и обучающие семинары. Необходимость отдельного выделения подобных задач диктуется, с одной стороны, большим количеством данных об уровне выгорания среди работников психиатрии, а с другой стороны - о том, что общение родителей с системой здравоохранения оставляет у последних чувства вины, фрустрации, некомпетентности в воспитании собственного ребенка [8]. Отчасти подобная позиция родителей может быть субъективной, но психологическая грамотность персонала, понимание основных типов реакции семьи на болезнь ребенка, потребностей и ожиданий семьи и оценка возможностей удовлетворения этих ожиданий могут сделать процесс коммуникации между сотрудниками больницы и семьей более эффективным.

На четвертом уровне клинический психолог решает задачи за рамками психиатрической больницы, связанные с формированием представлений о психических заболеваниях и снижением уровня стигматизации в обществе. Так, приписывание ответственности за психическое заболевание самому ребенку или его близким, помимо очевидного травмирующего эффекта, связано с более агрессивным поведением, избеганием контактов, социальной изоляцией, отказом в помощи [2,9]. Подобные проявления, как и в отношении взрослых пациентов, являются сильным

препятствием для обращения за психиатрической помощью; кроме того, в детском возрасте социальная ситуация развития и социальное взаимодействие оказывают критическое влияние на все последующее развитие ребенка [2]. Стигма касается не только больного ребенка, но и членов его семьи: матери сообщают об обвинении в болезни ребенка, в недолжном выполнении родительских обязанностей [2]. Наличие выраженной стигматизации в обществе препятствует реализации одной из наиболее удачных, с точки зрения литературы, копинг-стратегий - поиска социальной поддержки.

Описанные нами задачи, безусловно, не являются принципиально новыми, однако то, что они до сих пор звучат в литературе и практике показывает их неизменную остроту. Широта же выделенных задач определяет тот факт, что только специалист, обладающий системным образованием и мышлением, может реализовывать эти задачи на всех уровнях.

Литература:

1. *Corrigan P. W.* Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change // *Clin Psychol Sci Pract.* 2000; 7: 48–67.
2. *Essex E. L., Seltzer M. M., Krauss M. & W.* Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. // *American Journal on Mental Retardation*, 199., 104, p. 545–63.
3. *Heller T., Hsieh K. & Rowit, L.* Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. // *Family Relations.*, 1997, 46, p. 407–15.
4. *MacGregor P.* Grief: The unrecognized parental response to mental illness in a child. // *Social Work*, 1994., 39(2), p. 160–166.
5. *Pejlert, A.* Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives.

- // Health and Social Care in the Community, 2001., 9(4), p. 194–204.
6. *Richardson, M., Cobham, V., Murray, J. A., & McDermott, B.* Parents' grief in the context of adult child mental illness: A qualitative review. // *Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*, 2011., 14, p. 28–43.
7. *Wade, J.* Crying alone with my child: Parenting a school age child diagnosed with bipolar disorder. // *Issues in Mental Health Nursing*, 2006., 27(8), p. 885–903.
8. *Young, J., Bailey, G., & Rycroft, P.* Family grief and mental health: A systematic, contextual and compassionate analysis. // *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 2004., 25(4), p. 188–197.

**SYSTEMIC VIEW OF THE CORRECTIVE WORK
OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN A CHILDREN'S
PSYCHIATRIC CLINIC**

*Anastasia Iliina, Daria Dovbysh, Emilia Dgavadova,
Evgeniia Podurova, Natalia Bychkova, Maria Shvec,
Anna Baykova*

Sukhareva Scientific-Practical Center of children
and adolescents mental health
Moscow, Russian Federation

Key words: *systemic psychotherapy, tasks of a psychologist, children's mental health, a family of a mentally ill child, levels of psychology care.*

Abstract: The aim of this study is to identify the tasks and directions of psychologist's work in a children's psychiatric clinic.

Research methods: analysis of literature and research conducted in Sukhareva Scientific-Practical Center of children and adolescents mental health.

Results: There are 4 levels of tasks. The first level is about helping the child, and it has its own specific targets related to the disease or crisis. The second level deals directly with working with the family of a sick child: diagnosis of the family system, family psychotherapy, informing legal representatives about work in the hospital with the child, support and normalization of their experiences. The third level of tasks is dedicated to working with employees, including support programs and training. At the fourth level, the clinical psychologist solves problems outside the hospital, related to the formation of ideas about mental illness and the reduction of the level of stigmatization in society. All levels require additional qualification of specialists in the field of family therapy.

СЕМЕЙНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ

Якимова Т.В., Строкова С.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет»
Г. Москва, Россия

Аннотация: В условиях быстроменяющихся представлений о семье становится актуальной проблема переживания своей принадлежности к семейной группе. Мы исследовали 519 подростков от 10 до 17 лет из полных, неполных, бинуклеарных и замещающих семей, пытаясь понять: действительно ли формальный состав семьи определяет специфику семейной идентичности у подростков. В исследовании изучался вклад трех факторов в специфику семейной идентичности у подростков: социально-демографический фактор (ролевой состав семьи), психологический фактор (сплоченность и гибкость семейной системы), индивидуальный фактор (пол и возраст подростка). Оказалось, что наибольший вклад оказывает психологический фактор семьи, в особенности, ее сплоченность. Состав семьи связан с когнитивным компонентом семейной идентичности, но не оказывает большого влияния на специфику семейной идентичности в целом. Возраст подростка связан с проработанностью образа семьи, а также с некоторыми другими параметрами семейной идентичности; пол является мало связанным с особенностями семейной идентичности.

Ключевые слова: *подросток, типы семьи, семейная идентичность, образ семьи, оценка семьи, характеристики семьи, ролевой состав семьи, структурно-функциональные характеристики семьи, сплоченность семьи, гибкость семьи.*

В условиях быстро происходящих общественных изменений меняются все социальные институты, в том числе, институт семьи. Современное состояние института семьи определяется психологами, социологами, демографами как кризисное, что связано с ее структурно-функциональными трансформациями в относительно короткий период времени. В настоящее время в мегаполисах и относительно больших городах можно видеть многообразие семейных укладов, в том числе весь спектр исторических типов моногамной семьи, тогда как в небольших населенных пунктах жизненные уклады остаются традиционными. Одновременное сосуществование различных моделей определяет *уникальность современной семьи* (Н. Аккерман, С.И. Голод, А.Я. Варга и мн. др.).

Изучение переживания своей принадлежности к семье в условиях быстрых общественных изменений приобретает особую актуальность. Представленные тезисы отражают исследование *семейной идентичности (СИ)* подростков из семей с различными социально-демографическими (ролевой состав семьи) и психологическими (структурно-функциональные показатели – сплоченность и гибкость семейной системы) характеристиками.

Существующие исследования СИ по большей части являются мозаичными, не описывающими феномен в полной мере, скорее, лишь в разрезе определенной темы, которую затрагивает исследователь (V. Cigoli, E. Scabini, 2006; C. Raechter, C. Smart, 2011; J.L. Furrow, 2013; Ф.В. Мальчинский, С.Д. Некрасов, 2010; Н.А. Бухалова, 2012 и др.). Более расширенное понимание семейной идентичности можно найти у Н.В. Лукьянченко (2010, 2011, 2014, 2015). В представленном исследовании разведены понятия образ семьи и семейная идентичность. Образ семьи представляет собой отражение в представлении испытуемого семьи как некоего внешнего объекта со своими свойствами и особенностями, рождающее у него определенный

эмоциональный отклик. СИ определялась как переживание своей принадлежности к семейной группе, развивающееся в онтогенезе и содержащее когнитивный, эмоциональный, ценностный и поведенческий компоненты.

В исследовании изучался вклад трех факторов в специфику СИ и образа семьи у подростков:

- социально-демографический фактор (ролевой состав семьи),
- психологический фактор (сплоченность и гибкость семейной системы),
- индивидуальный фактор (пол и возраст подростка).

На основе различий ролевого состава семьи было сформировано четыре группы подростков: из полных, неполных, бинуклеарных и замещающих семей. К полным были отнесены семьи, в которых мать и отец подростка состояли в браке и проживали на одной территории. Неполной считалась семья, где по каким-либо причинам (развод, смерть) один из родителей не проживал вместе с ребенком и другим родителем и не состоял в браке с последним. Бинуклеарной считалась семья, включающая в себя роли отчима или\и мачехи, возможных сводных братьев и сестер для подростка. К замещающим относились семьи, в которых подросток воспитывался некровными родителями.

В качестве структурно-функциональных характеристик семьи выделялись ее сплоченность и гибкость (адаптивность). Сплоченность в циркулярной модели Д. Олсона определяется как эмоциональная связь, близость членов семьи друг к другу. Адаптивность (гибкость) – это способность семьи приспосабливаться к новым условиям, реагировать на изменения вне и внутри системы, менять правила функционирования. Структурно - функциональные характеристики семьи не тождественны ее ролевому составу, то есть номинациям семейных ролей, но являются характеристиками, отражающими качество этих ролей, их функциональность.

Выборку составили 519 подростков, учеников средней и старшей школы, в возрасте от 10 до 17 лет, из которых 52% девочек и 48% мальчиков.

Методы психологической диагностики, в частности, состояли из: специально разработанной анкеты, направленной на выявление социально-демографических характеристик семей испытуемых; шкалы семейной адаптации и сплоченности FACES-III (Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, М. Перре) для выявления оценок семейной сплоченности, адаптации и удовлетворенности своей семьей; модифицированного теста М. Куна «Моя семья – это...», «Семейной социогаммы» Э.Г. Эйдемиллера, проективной методики «Синквейн» А.М. Щербаковой для диагностики характеристик образа семьи; а также был разработан опросник семейной идентичности, позволяющий оценить переживание принятия себя подростком со стороны семьи, субъективную ценность собственной семьи для подростка, а также его готовность вовлекаться в семейные дела и взаимодействия.

Результаты. Значимые различия были выявлены между подростками из семей с различным *ролевым составом* только в показателях образа семьи. Подростки из полных семей наиболее позитивно оценивают свою семью, когнитивная составляющая образа семьи у них оказывается достаточно простроенной, они чаще считают свою семью более сплоченной, чаще могут говорить о неудовлетворенности семьей. Подростки из неполных семей по сравнению с подростками из полных семей реже дают позитивные и чаще негативные и нейтральные характеристики своей семье, чаще считают свою семью менее сплоченной. По сравнению со своими сверстниками наиболее негативно свою семью оценивают подростки из бинуклерных семей, считая ее зачастую менее сплоченной, чем другие испытуемые. Это может указывать на сложность формирования и регуляции внутрисемейных отношений в бинуклеарных семьях, например, из-за отсутствия понятных, устоявшихся правил

функционирования таких семей, из-за степени завершенности развода и других причин. У подростков, воспитывающихся в замещающих семьях, образ семьи наименее дифференцирован по сравнению с их сверстниками. В целом, вне зависимости от ролевого состава подростки склонны оценивать свою семью скорее позитивно, чем негативно.

Показатели СИ, в том числе образа семьи, наиболее значимо различаются у подростков из семей с разными *структурно-функциональными характеристиками*. При этом наибольший вклад в различия показателей СИ вносит оценка подростком сплоченности своей семьи. Чем выше оценка семейной сплоченности, тем чаще образ семьи у подростка более дифференцирован и позитивен, тем более подросток переживает принятие себя со стороны близких, тем выше для него субъективная ценность семьи и его вовлеченность в различные формы внутрисемейной активности.

Особенности СИ и образа семьи у подростков с различными *индивидуальными характеристиками (полом и возрастом)* имеют некоторые различия. Образ семьи (но не СИ в целом) у девочек отличается от образа мальчиков большей насыщенностью и дифференцированностью в эмоциональном и ценностном аспектах, оцениванием своей семьи как более сплоченной и гибкой. При этом девочки чаще могут говорить о неудовлетворенности семьей, что, как и в случае с подростками из полных семей, может говорить о более критичном отношении к семье на фоне ее общего принятия.

Младшие подростки переживают больше принятия со стороны семьи, а также сами высоко позиционируют субъективную ценность семьи, с большей готовностью, чем старшие подростки, участвуют в делах семьи; их характеристики семьи, в основном, позитивны и содержат в себе эмоционально-оценочный и поведенческий аспекты образа семьи; они выше оценивают сплоченность своей

семьи, чувствуют единство и эмоциональную близость с членами семьи. У старших подростков ожидаемо выше разработан образ семьи на когнитивном, рациональном уровне, в нем меньше эмоционального содержания. При этом эмоциональная оценка образа семьи у подростков старшего и младшего возраста не отличается.

Резюме. В целом, полученные данные и их анализ показали, что с СИ, в том числе, с образом семьи подростка связано три группы факторов, вносящих различный по значимости вклад в особенности этих конструктов. На материале исследуемой выборки показано, что характеристики СИ и образа семьи в большей степени связаны со структурно-функциональными (сплоченность и гибкость), чем с социально-демографическими (ролевой состав) характеристиками семьи или с индивидуальными характеристиками самого подростка (пол и возраст).

Литература:

1. *Строкова С.С.* Направления изучения семейной идентичности в психологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 3. С. 8–22.
2. *Строкова С.С.* Структурно-функциональные характеристики семьи и особенности семейной идентичности у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 29–46. doi:10.17759/cpp.2016240203
3. *Якимова Т. В.* Психология семьи: учебник и практикум для академического бакалавриата М.: Издательство Юрайт; 2016.

FAMILY IDENTITY OF TEENAGERS FROM DIFFERENT TYPES OF FAMILIES

Tatyana Yakimova, Svetlana Strokova

Moscow State University of Psychology & Education
Moscow, Russia

Key words: teenager, types of family, family identity, family image, family estimate, characteristics of family, family structure, functional characteristics of family, family cohesion, family flexibility.

Abstract: The experience of belonging to a family group is becoming actual in the conditions of quickly changing ideas of family. We have researched 519 teenagers at the age from 10 to 17 who are grown up by single parents, by intact, binuclear and foster families. We tried to understand if the formal family structure defines the specifics of teenager's family identity. So we have researched the influence of social-demographic (family structure), psychological (family cohesion and flexibility) and individual (teenager's age and sex) factors on the specifics of teenager's family identity. We have found that the influence of the psychological factor is the biggest one, and the cohesion of the family is very important in forming of teenagers family identity. Family structure is connected to the cognitive image of family, but doesn't influence so much on the family identity as a whole phenomenon. The age of teenagers is connected to the fullness of their family image and some other characteristics of their family identity, but the sex of teenagers has less of correlations to their family identity.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕДИРЕКТИВНОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ

А.Г. Покрышкин

частнопрактикующий детский психолог,
игровой терапевт
Москва, Россия

В российской психологической практике зачастую существует обособление специалистов по их "модальностям", что усложняет сотрудничество и препятствует командной работе. В то же время зарубежный опыт показывает эффективность совместного сопровождения семьи. Так, например, игровая терапия, центрированная на ребёнке, может успешно применяться одновременно с работой с семейной системой.

Игровая терапия, центрированная на ребёнке — метод психологической помощи детям в возрасте от 2-х до 12-ти лет, основанный на концепции гуманистической психологии Карла Роджерса. Этот метод настолько технологичен, что использовать его могут не только психологи, но и педагоги, социальные работники и даже сами родители.

Ключевые слова: *недирективная игровая терапия, игровая терапия, центрированная на ребёнке, внутрисемейная игровая терапия.*

Игровая терапия - группа методов помощи детям, использующие игру. Их можно разделить на развивающие методы (игровая педагогика, DIR \ Floortime и др.) и психотерапевтические (игровая терапия, центрированная на ребёнке (ИТЦР), когнитивно-бихевиоральная игровая терапия и т.д.). Первая группа направлена на развитие ребёнка, расширение его возможностей межличностной

коммуникации и часто используется в работе с детьми с особыми потребностями. Психотерапевтические методы направлены на решение межличностных и внутриличностных проблем детей, снижении уровня стресса, гармонизации детско-родительских отношений. Недирективная игровая терапия относится к этой группе методов и может использоваться в ряде случаев помощи семье.

Недирективная игровая терапия - метод психологической помощи детям, основанный на идеях гуманистического подхода Карла Роджерса. Он был разработан Вирджинией Экслайн и Гарри Лэндерттом. Метод представляет свободную игру ребенка в сопровождении специально обученного взрослого. Занятия проводятся индивидуально или в группах до четырех человек в специально оборудованной комнате и предполагают регулярные встречи и занятия с родителями. Также существует “внутрисемейная игровая терапия” (filial therapy), когда родители проходят обучение и проводят сессии дома с собственными детьми. Основные возможности ИТ (по версии Американской ассоциации игровых терапевтов):

1. Стать более ответственным за свое поведение и использовать более успешные поведенческие стратегии.
2. Освоить более гибкие способы решения проблем.
3. Повысить самоуважение и принятие себя и других.
4. Научиться лучше понимать и выражать свои чувства.
5. Развить эмпатию и уважение к мыслям и чувствам других.
6. Научиться строить отношения внутри и вне семьи.
7. Получить положительный опыт и за счет этого повысить уверенность в своих возможностях.

Игровая терапия построена на тонком понимании терапевтом особенностей и потребностей ребенка. По словам Элины Джил “наибольший успех в слиянии миров (взрослых и детей) возможен тогда, когда взрослые прикладывают усилия, чтобы проникнуть в мир ребенка”. Комплексная

работа семейного и игрового терапевта помогает родителям лучше понять не только собственные паттерны поведения, но и лучше понять эмоции и потребности своего ребенка, установить с ним более теплый и доверительный контакт.

OPPORTUNITIES OF NON-DIRECTIVE PLAY THERAPY IN COMPREHENSIVE FAMILY CARE

Alexander Pokryshkin

a private child psychologist, game therapist
Moscow, Russia

Key words: *non-directive play therapy, child - centered game therapy, filial therapy.*

Abstract: There is often a separation of specialists in their "modalities" in Russian psychological practice, which complicates cooperation and hinders teamwork. At the same time, foreign experience shows the effectiveness of joint family care. For example, child - centered game therapy, can be successfully applied simultaneously with working with the family system.

Child - centered game therapy is a method of psychological help for children of the ages from 2 to 12, based on the concept of humanistic psychology of Carl Rogers. This method is so technological that it can be used not only by psychologists, but also by educators, social workers and even parents themselves.

ВОПРОСЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ И ГЕНДЕРА

ПРИКЛАДНОЙ АНАЛИЗ ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С РАС СЕКСУАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Д. М. Браженкова

частнопрактикующий семейный психотерапевт
Москва, Россия

В статье обсуждаются принципы обучения лиц с расстройствами аутистического спектра навыкам, связанным с сексом, с точки зрения прикладного анализа поведения. Рассматривается ряд распространенных проблем, связанных с нежелательным половым поведением. Предлагаются несколько стратегий для обучения необходимым навыкам половой сферы.

Ключевые слова: *прикладной анализ поведения, аутизм, мастурбация, половое поведение.*

Прикладной анализ поведения, также известный, как АВА (эй-би-эй) – научная дисциплина, основанная на принципах бихевиоризма. Обучение на основе прикладного анализа поведения на данный момент является единственным методом обучения лиц с расстройством аутистического спектра, чья эффективность была научно подтверждена [2]. С помощью АВА-терапии можно обучить клиента самым разнообразным навыкам, в том числе и связанным с половой сферой жизни. Обычно сексуальное просвещение людей с РАС и обучение их необходимым навыкам, может представлять существенные затруднения. Уровень интеллекта

и понимания речи у людей в спектре аутизма может существенно варьироваться, следовательно, требуется гибкий и индивидуализированный подбор инструментов и материалов для обучения. Часто обучение навыкам из этой сферы откладывается специалистами и родителями на потом из-за сложностей в обучении, из-за впечатления, что эти знания и навыки не являются важными и нужными на данный момент. Однако обучение людей с РАС навыкам сексуального поведения чрезвычайно важно. Прежде всего, как и все другие люди, лица с РАС имеют право на секс. Немногочисленные исследования показывают, что люди с РАС выражают желание состоять в романтических отношениях, вступают в такие отношения и занимаются сексом примерно так же часто, как и люди из контрольной группы. Хотя среди людей с РАС несколько чаще встречаются случаи асексуальности, бисексуальности и гомосексуализма [5; 6; 7]. При этом сексуальное просвещение для людей с РАС гораздо менее доступно, чем для их сверстников: их, как правило, начинают учить необходимым навыкам уже после начала половой жизни, а источники для самостоятельного изучения ограничены медиа и собственным опытом [3]. Существует серьезная проблема: люди с РАС в 2,5-3 раза чаще становятся жертвами сексуального принуждения и насилия, чем их сверстники.

Таким образом, своевременное обучение людей с РАС навыкам половой сферы не только обеспечивает их человеческое право на романтические и интимные отношения, но и уменьшает вероятность стать жертвой сексуального насилия. Зачастую такое обучение идет в двух направлениях: уменьшение и прекращение нежелательного сексуального поведения и формирование отсутствующих навыков.

Работа над навыками половой сферы должна начинаться рано, еще до школы. Вот примерный список навыков и когда им нужно обучать [11].

Детский сад и начальные классы:

1. Отличие мальчиков от девочек.
2. Публичное и приватное.
3. Базовые факты о сексе, включая части тела.
4. Подготовка к пубертату (как меняется тело).
5. Уход за собой во время менструации.
6. Приемлемые и неприемлемые прикосновения.
7. Гигиена и самообслуживание: самостоятельность в банных процедурах, одевании.

Средняя школа и далее:

1. Пубертат и менструация.
2. Эякуляция и поллюции.
3. Как говорить «Нет».
4. Мастурбация.
5. Поведение в публичных и частных местах.
6. Использование общественных туалетов.
7. Симпатия и сексуальные чувства.
8. Романтические отношения.
9. Личная ответственность и семейные ценности.
10. Сексуальные предпочтения.
11. Законодательство относительно сексуальных отношений.
12. Беременность, контрацепция.

Хотелось бы коснуться опции, о которой нередко задумываются мамы мальчиков – использование платных сексуальных услуг. Прежде всего, нужно убедиться, что мужчина понимает, какого рода контакт ему предстоит и об ограничениях этого контакта (это не любовь, не романтические отношения). Нужно убедиться в том, что мужчина хочет и согласен именно на такой контакт. Есть опасность запутать молодого человека с РАС: он может попытаться перенести опыт секса за деньги на других знакомых женщин. Также велика вероятность того, что такой опыт превратится в стресс от сложной социальной ситуации и не принесет удовольствия или облегчения [9].

Мы должны обучать клиента таким образом, чтобы он мог применять полученные знания и к себе самому, и к окружающим. Так, представление о приемлемых и неприемлемых прикосновениях должно работать в обе стороны: нельзя допускать неприемлемых прикосновений в свой адрес (и нужно сразу сообщать, если попытки таковых были), но также нельзя самому допускать подобное по отношению к другим.

Для обучения тому, какие прикосновения являются приемлемыми, а также какие части тела можно и нельзя трогать, удобно использовать технику «5 кругов комфорта и безопасности». С помощью кругов или квадратов, вставленных один в другой, можно изобразить 5 уровней социальной близости. В центральном из них поместите фотографию клиента. Зона вокруг – это ближайшие родственники и половой партнер (если есть). Следующий круг – друзья и так далее. Для каждого из уровней есть ограничения: о чем можно говорить, какие части тела показывать, какие прикосновения и знаки внимания уместны от людей из той или иной зоны. Для наглядности в зоны нужно поместить настоящие фотографии знакомых и незнакомых ученику людей, при этом лучше не приклеивать их, а прикрепить на липучку, и показать, что отношения могут меняться и человек может переходить из одной зоны в другую (друг может стать возлюбленным или, наоборот, чужим человеком) [10]. Часто при обучении понятиям «публичное» и «приватное» используются изображения детей в купальниках. Ученикам объясняют, что части тела, закрытые купальниками, являются приватными, их нельзя демонстрировать, трогать у других и позволять трогать другим. Гораздо лучше обучать ребенка тому, что все тело является приватным, и никто не может его трогать (в том числе обнимать за плечи или гладить по волосам) без его разрешения.

В заключение хотелось бы еще раз обратить внимание читателя на то, что обучение навыкам, связанным с половой жизнью, информирование об этой стороне жизни очень важно проводить своевременно, как для нормативно развивающихся детей, так и для детей с особенностями развития, вне зависимости от диагноза, но в соответствии с индивидуальными потребностями и уровнем навыков.

Литература:

1. *Купер Д.О., Херон Т.Э., Хьюард У.Л.* Прикладной анализ поведения. М.: «Практика», 2016. 864 с.
2. Association for science in autism treatment <http://www.asatonline.org/for-parents/learn-more-about-specific-treatments/applied-behavior-analysis-aba/>
3. *Barnett, J. P., Maticka-Tyndale, E.* (2015), Qualitative Exploration of Sexual Experiences Among Adults on the Autism Spectrum: Implications for Sex Education. *Perspect Sex Repro H*, 47: 171–179
4. *Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A.* (2014). Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2185–2196.
5. *Gilmour, L., Schalomon, P. M., & Smith, V.* (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 313–318
6. *GriffEiths, D.* (1999). *Sexuality and mental health issues*. In R. Fletcher (Ed). *Mental Health Needs of Persons with Developmental Disabilities*. (pp. 419-454)
7. *Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D.* (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 260–269.

8. *Lyden, M.* Assessment of sexual consent capacity. *Sex. Disabil.* 25, 3–20 (2007).
9. *Reynolds, K. E.* *Sexuality and Severe Autism: A Practical Guide for Parents, Caregivers and Health Educators.* London: Jessica Kingsley Publishers. 2014.
10. *Taubman, M., Leaf, R. and McEachin, J.* *Crafting Connections: Contemporary Applied Behavior Analysis for Enriching the Social Lives of Persons with Autism Spectrum Disorder* DRL Books, New York, NY, 2011, 242 p.
11. *Schwier, K.M., & Hingsburger, D.* (2000). *Sexuality: Your Sons and Daughters with Intellectual Disabilities.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. 2000

**APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS FOR TEACHING
SEXUAL BEHAVIOR SKILLS
TO INDIVIDUALS WITH ASD**

D.M. Brazhenkova

private family psychotherapist
Moscow, Russia

Key words: *applied behavior analysis, autism, masturbation, sexual behavior.*

Abstract: The article describes principles of teaching skills, related to sexuality, to persons with autism developmental disorders. The article will consider some common issues concerning unacceptable sexual behavior. Some strategies of teaching necessary skills will be offered.

СУПЕРВИЗИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ И ПОСТКЛАССИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

СУПЕРВИЗИЯ – ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА?

М.А. Бебчук

ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ"
г. Москва, Россия

Качество супервизии определяется качеством ее структуры, процесса и результата. Качество структуры: нормативно-правовая база, организация работы, профессиональные компетенции супервизора (следовательно, обучение самого супервизора), условия финансирования, оснащение, формы отчетности. Качество процесса зависит от информационного обеспечения супервизии (смысл и процедура), фактического использования супервизором методов и приемов, степени сотрудничества участников и, наконец, от соблюдения этических норм и уважения к клиенту (семье или более широкому окружению), супервизируемому, группе, супервизору. Качество результата формируется из общей удовлетворенности специалистов эффективностью проделанной работы и их ростом, который проявляется в ассимиляции полученного опыта, динамике уровня дифференциации, развитии навыка нейтральности и повышении экологичности работы.

Ключевые слова: *супервизия, качество, структура, процесс, результат, профессиональные компетенции супервизора, этика, рост, значение супервизии.*

Под супервизией понимается один из методов подготовки, непрерывного повышения квалификации и сопровождения профессиональной практики, позволяющий систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать профессиональные действия. В большинстве школ супервизии говорят о различных ролях супервизора, о многообразии фокусов; о множестве форм; об обучающей, поддерживающей, административной, экспертной и других функциях [1-5]. Одна из функций супервизии - *мониторинг качества профессионального обслуживания клиента* [Bernard & Goodyear, 1998, цит. по 1, с.9]. С другой стороны, всегда ли супервизия и наличие супервизора являются гарантией того, что качество помощи будет высокое? Как определяется качество самой супервизии?

В основе представленных ниже размышлений лежит анализ литературы и собственный двадцатилетний опыт супервизии. Участниками супервизии являются обучающиеся в Институте интегративной семейной терапии на программах дополнительного профессионального образования, психологи МСПН, клинические психологи НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, студенты РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Рассмотрим качество супервизии, как качество ее структуры, процесса и результата.

Качество структуры обеспечивается шестью параметрами. 1) Нормативно-правовая база. Приказ МЗ РФ 26.11.1996 г. N 391 предусматривает в требованиях к подготовке медицинского психолога не менее 100 часов супервизии, а в практических навыках привлечение *супервизора* и *супервизию* [9]. На настоящем этапе развития психологической и психотерапевтической помощи основные принципы сформулированы в Приказе МЗСР РФ от 16.09.2003 № 438, среди которых супервизия не названа. Кроме того, Номенклатуры специальностей научных работников [10], медицинских работников [11] и

медицинских услуг [12] не содержат указаний на вид деятельности (супервизия) и специалиста (супервизор).

2) Организация работы. Сюда включается расписание работы супервизора, эргономика рабочего места, обеспечение безопасности труда.

3) Профессиональные компетенции супервизора (т.е. обучение самого супервизора). Сегодня ВУЗы реализуют ФГОС-3 [13], программа которого включает дисциплины супервизии - психологическая супервизия, супервизия блока специализации и квалификационная супервизия (совокупно до 1116 часов) и «...в соответствии с Европейским стандартом предполагает руководство высококвалифицированного преподавателя-специалиста психолога» (п.7.3). Европейский стандарт (Кодекс этики и Практики Супервизоров Британской ассоциации консультантов, Этический кодекс Европейской ассоциации психотерапии) [7], на который ссылается Министерство образования и науки РФ, определяет, что супервизия осуществляется только *специально подготовленным в области супервизии* опытным коллегой. Как могут преподаватели медицинских университетов и психологических факультетов вести дисциплины, связанные с супервизией, не обладая специальной подготовкой и не имея собственного опыта в этой области практики? В свою очередь, ФГОС-3 в п.7.17 не упоминает о требованиях к «высококвалифицированному преподавателю-специалисту психологу» для дисциплин супервизии.

Следует констатировать, что в связи с многообразием подходов/школ/направлений в психологии и психотерапии единых принципов подготовки супервизоров в негосударственных учреждениях также не существует. Из этого следует, что даже *специально подготовленный супервизор*, работающий в психоаналитической парадигме, не может дать квалифицированную супервизию коллеге, консультирующему семью в системном подходе.

Тем не менее есть универсальные требования к компетенции супервизоров [6; 8]: умение слушать (1); готовность к рефлексии (2); умение быть в разных функциональных ролях (3); способность к быстрой оценке «зоны ближайшего развития» супервизируемого (4); стремление к непрерывному профессиональному росту (5); способность обсуждать этические проблемы (6); установка на приоритет качества (7).

4) Условия финансирования зависят от правовой формы учреждения, в котором работает супервизор.

5) Материально-техническое оснащение: наличие оборудованного кабинета, системы видеозаписи и игрового материала, возможности использования телекоммуникаций.

6) Формы отчетности.

Качество процесса зависит от:

1) информационного обеспечения смыслов и процедуры супервизии,

2) фактического использования супервизором методов и приемов,

3) степени сотрудничества участников и, наконец,

4) соблюдения этических норм и уважения к клиенту (семье или более широкому окружению), супервизируемому, группе, супервизору. Уважение к родительскому опыту, человеческое сострадание, бережное отношение к потребностям семьи вместе с ценностью обучения навыкам рефлексии и требовательностью специалиста к себе закладывают профессиональную позицию и представление об экологичности своих действий.

Качество результата формируется из:

1) общей удовлетворенности специалистов эффективностью проделанной работы,

2) роста участников супервизии, который проявляется в ассимиляции полученного опыта, динамике уровня дифференциации, развитии навыка нейтральности и повышении экологичности работы.

Если исходить из предположения, что сама супервизия соответствовала стандартам качества, то супервизия влияет на качество медико-психологической помощи несколькими путями:

1) Подготовка (сопровождение) специалистов–практиков. Теоретических знаний недостаточно для начала профессиональной деятельности, ведь работа консультанта включает в себя задачи просвещения, психогигиены, психопрофилактики и задачи вывода семьи из тяжелого кризиса.

2) Помощь в консультировании трудных случаев («скорая» супервизорская помощь). Опыт супервизора позволяет быстро понять ситуацию, предложить альтернативные гипотезы, научить интервенциям, помогает провести рефлексию, проанализировать «слепые» зоны, обобщить уникальный опыт ошибок.

3) Профилактика эмоционального выгорания. Супервизия организует возможность обмена опытом и развивает культуру наставничества. Формирование среды поддержки и сотрудничества в противовес конкуренции – одна из задач супервизии.

4) Формирование общего языка для полипрофессиональных команд.

5) Непосредственный контроль и оценка качества медико-психологических услуг. Контроль и оценка могут проводиться администрацией, комиссией по качеству или иной структурой организации в очной форме или заочно путем анализа видеозаписей, аудиоматериалов, протоколов супервизии.

Литература:

1. *Болюбаи И.Д.* Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 223 с.

2. *Городнова М.Ю.* Актуальные вопросы теории и практики супервизии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в парадигме гештальт-терапии) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 6 (17). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.12.2015).
3. *Кулаков С.А.* Супервизия в психотерапии: учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. – СПб, ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. – 128 с.
4. *Уильямс Э.* Вы – супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / пер. с англ. Т.С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 288 с.
5. *Ховкинс П., Шохет Р.* Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
6. http://www.psy.msu.ru/educat/umo/standards/030401-clin_psy_supervision.pdf (дата обращения: 28.12.2015).
7. http://www.rpa-russia.ru/kodeks_supervizora_rpa/ (дата обращения: 28.12.2015).
8. <http://familyland.ru/specialists/qualification/supervision/> (дата обращения: 28.12.2015).
9. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=1396>
10. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=178606>
11. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143980/
12. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_125452/
13. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_112743/

SUPERVISION IS A GUARANTEE OF QUALITY?

Marina Bebchuk

Scientific-practical Children's and Adolescents Mental Health
Center n.a. G. Sukhareva, Moscow Department
of Health Care
Moscow, Russia

Key words: *supervision, quality, structure, process, result, professional competence of the supervisor, ethics, growth, importance of supervision.*

Abstract: Quality of supervision is provided by quality of its structure, process and result. Quality of structure: standard and legal base, organization of work, professional competences of the supervisor (therefore, training of the supervisor himself), financing terms, equipment, reporting forms. The quality of process depends on information support of supervision (sense and the procedure), the actual use by the supervisor of methods and techniques, extent of cooperation of participants and, at last, on respect for ethical standards and respect for the client (family or wider environment), the supervised group, the supervisor. The quality of result is formed of the general satisfaction of experts with efficiency of the done work and their growth which is shown in assimilation of the got experience, dynamics of level of differentiation, development of skill of neutrality and increase in environmental friendliness of work.

РЕШЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ ДИЛЕММ В ПРОЦЕССЕ СУПЕРВИЗИИ

Н.А. Твердохлеб

НОЧУ Центр системной семейной терапии
Москва, Россия

В докладе рассмотрены особенности супервизии в семейном подходе и возникающие при этом этические дилеммы. Супервизия, с одной стороны, способствует соблюдению этических принципов и защите интересов клиента, а в нашем случае интересов всех членов семьи, а с другой стороны, супервизор создает условия для профессионального становления терапевта. Возникающим трудностям, этическим дилеммам (соблюдение принципа конфиденциальности, возможности сохранения принципа нейтральности, возможности и ограничения в обучении системному взгляду и др.) и возможным путям их решения и будет посвящен мой доклад.

Ключевые слова: *супервизия, этика в психотерапии, решение этических дилемм, контрперенос, альянс супервизора и специалиста.*

Супервизия крайне необходима терапевту на протяжении всей его практики, особенно при решении этических дилемм. В ситуации возникновения этической дилеммы принять профессионально правильное решение очень нелегко, потому что этические принципы могут вступать в конфликт, принятое решение будет оказывать разное влияние на участников процесса. Обычно в ситуации возникшей дилеммы личностные факторы терапевта (отношения, взгляды, ценности, пристрастия, конфликты, проблемы) - фактически весь личный опыт - оказывают

влияние на понимание и отношение к клиенту. Например, "клиенты, чьи ценности резко отличаются от ценностей терапевта, могут представлять собой проблему, т.к. их поведение и отношение пробуждает сильные чувства у терапевта" [4]. С целью разделения личных и профессиональных ценностей, управления контрпереносом (реактивностью) терапевт может использовать разные модели принятия решения этической дилеммы: модель, основанную на практике, модель социального конструктивизма, транскультурную интегративную модель. Все модели принятия решения предусматривают консультации с коллегами и использование супервизии, т.к. управление контрпереносом является неотъемлемой частью этической и эффективной практики. Как часть ответственности за пациентов супервизируемых, супервизоры должны помогать специалистам справляться с проблемами, относящимся к их личным реакциям на клиентов.

С другой стороны, сама супервизия может стать этической дилеммой. Во-первых, это - этическая дилемма разделения области супервизии и психотерапии. Раскрытие терапевтом контрпереносных реакций, саморефлексия предполагает возможность супервизора соскользнуть в терапевтические вмешательства. И в этом случае, автоматически возникают множественные роли в отношении супервизор – супервизируемый.

Во-вторых, супервизор – эксперт эффективности терапевтического процесса, занимающий оценивающую позицию с точки зрения соблюдения этических принципов и защиты интересов клиента. Супервизируемый, в свою очередь, находится в уязвимой позиции, испытывая к клиенту сильные эмоции, в которых неприятно признаваться (скука, гнев, подавленность, сексуальное влечение и др.), чувствует себя некомпетентным, тревожится по поводу оценки своих действий. Терапевт нуждается в помощи и в то же время боится быть раскритикованным. Нераскрытие таких чувств о

пациенте оставляет терапевту мало возможностей помочь пациенту или может привести к преждевременному или неэтичному прекращению терапии. Особенно это касается сексуального влечения к клиенту, вызывая у терапевта страх и стыд перед раскрытием.

Было проведено онлайн- исследование АРА влияния качества альянса с супервизором на раскрытие контрпереносных реакций стажеров (2010-2011 г.). Было выявлено, что хорошо работающий союз с супервизором повышает вероятность того, что стажер будет обсуждать реакции контрпереноса и, таким образом, будет иметь шанс проработать их эффективно. Слабый рабочий альянс является одной из наиболее часто заявляемых причин нераскрытия и может приводить к плохим результатам лечения, этическим нарушениям, контрпереносному поведению.

Супервизируемые чувствуют себя более комфортно, раскрывая контрперенос, в контексте сильного рабочего альянса с супервизором. Чувствуя себя уверенными в том, что их любят и уважают супервизоры, терапевты освобождаются от тревоги о том, что могут потерять уважение, быть осужденными или плохо оцененными.

Супервизор может использовать стратегию повышения комфорта супервизируемого: поддерживать, нормализовывать и способствовать узнаванию контрпереноса, использовать свое собственное самораскрытие, делиться похожим опытом, усилить сильные стороны специалиста, быть внимательным к обратной связи в процессе супервизии.

Кроме того, в исследовании было выявлено, что одним из самых важных компонентов рабочего альянса является «привязанность» (безопасная эмоциональная связь), которая коррелирует с комфортом и вероятностью раскрытия. Безопасная эмоциональная связь развивается и укрепляется в атмосфере взаимного уважения и поощрения через

использование клинических навыков присоединения, эмпатического отражения, поддержки.

Еще одна дилемма, касающаяся супервизии, это – «контрперенос» (реактивность) внутри супервизионных отношений. Недостаточная осведомленность о контрпереносе "супервизор-супервизируемый" может привести к вредным множественным ролям, сексуальному вовлечению, ухудшению объективности и использованию супервизии в качестве социального визита. Контрперенос супервизора может также делать супервизии менее эффективными, затрудняя супервизору критику супервизируемому или интервенцию, когда это необходимо.

Таким образом, этическая осведомленность требует, чтобы специалисты и супервизоры принимали человеческую природу терапевта в попытке свести к минимуму этические конфликты и ошибки в поведении и обсуждении. Супервизоры могут ответственно использовать свое авторитетное положение, чтобы создать атмосферу, в которой обсуждение реакций терапевта на пациента, обсуждение его личностных ценностей приемлемо и даже приветствуется, чтобы усилить профессиональный рост психотерапевта и обеспечить наилучшую заботу о пациенте.

Литература:

1. Практикум по общей и экспериментальной психологии / Под ред. Крылова А.А., Маничева С.А., 2-е изд.-е, СПб., Москва, Харьков, Минск, 2000.
2. *Кочунас Р.* Основы психологического консультирования. М., "Академический проект", 1999.
3. *Кулаков С.А.* Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. С-Пб, "Вита", 2004
4. *Behnke, S.* (2008). Ethics rounds: The intersection of psychologists' personal and professional lives. Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/2008/11/ethics.aspx>

5. Pakdaman S., Shafranske E., Falender C. (2015) Ethics in Supervision: Consideration of the Supervisory Alliance and Countertransference Management of Psychology Doctoral Students. Graduate School of Education and Psychology Pepperdine University. Retrieved from www.crossref.org

RESOLVING ETHICAL DILEMMAS IN SUPERVISORY PROCESS

N.A. Tverdokhle

Center of System Family Therapy
Moscow, Russian Federation

Key words: *clinical supervision, therapy ethics, resolving ethical dilemmas, countertransference, supervisory alliance.*

Abstract: Supervision is an essential part of practical training of experts. Besides training functions supervisors are responsible for that services rendered under their supervision uphold a patient welfare. A supervisor acts as an expert of therapeutic efficiency and observation of ethical principles in clinical practice, supports and encourages a beginning therapist to develop self-reflection skills and countertransference analysis in therapy and helps resolve ethical dilemmas in therapeutic practice. Ethical awareness requires that experts and supervisors accept a therapist's human nature in order to minimize ethical conflicts and failures in behavior and judgment. To increase therapists' professional growth and provide the best patient care supervisors are able to use with responsibility their position of authority to create an ambience where discussing a therapist's reactions to a patient is acceptable and even encouraged. The results of exploration of supervisory alliance quality and countertransference disclosure help draw conclusions for improving supervisory practice.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ПСИХОЛОГОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Т.Ю. Катрин

Государственное бюджетное учреждение
«Московская служба психологической помощи населению»
г. Москва, Россия

Поддержание профессиональной позиции и соблюдение этических норм в консультировании всегда было важнейшей задачей супервизии. Результатом качественной супервизии должно стать более уверенное поведение специалиста в своей роли; ощущение поддержки в профессиональной среде создают условия для эффективной работы и препятствуют возникновению синдрома профессионального / эмоционального выгорания (СЭВ). Уделять внимание профилактике синдрома выгорания, создавать поддерживающие условия важно, так как тем самым мы способствуем созданию такой же модели уже в процессе взаимодействия консультанта и клиентов, повышая эффективность работы и ощущение удовлетворения процессом. Постмодернистские подходы, опирающиеся на принципы уважения к разным точкам зрения и сотрудничества, дают необходимую базу в процессе супервизии, позволяют, как нам кажется, эффективно организовать процесс с представителями разных терапевтических направлений.

Ключевые слова: *супервизия; эмоциональное выгорание; профессиональная позиция; нарративный подход; подход, ориентированный на решение; социальная сфера, системный подход.*

Данная статья посвящена особенностям моей работы в качестве супервизора с психологами Московской службы психологической помощи населению (МСППН) и специалистами Департамента социальной защиты населения (ДСЗН). Есть универсальные задачи супервизии, они хорошо описаны и широко известны [2,3]. Я же хочу привлечь внимание к роли супервизии в условиях работы в нашей организации. Они связаны со следующими условиями: психологи часто имеют дело с недобровольными клиентами, часто незаинтересованными в изменении ситуации, а значит, не сотрудничающими с психологом; часто запрос клиента носит мультипрофильный характер, предполагающий одновременную работу нескольких специалистов из разных сфер (врачей, юристов, полиции, социальных служб и др.); в службе приветствуется перфекционизм и любая жалоба клиента, вне зависимости от ее адекватности, считается недопустимой и ведет к взысканиям. Указанные особенности ведут к тому, что от супервизора требуются дополнительные действия по предотвращению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) либо по преодолению его последствий.

Работаю в интегративном подходе: позиционирую себя как семейного системного психолога, использующего техники постмодернистских подходов. Интегративная модель базируется на подходе к психотерапии как к стратегии и тактике терапевтического контакта, независимо от выбора стратегии воздействия. «Интегративная модель супервизии в таком случае становится универсальной» [3].

За супервизией обращаются психологи МСППН - индивидуально и психологи ДСЗН (индивидуально и в групповом формате); супервизии проводятся в заочном формате, так называемая, «сухая» супервизия; специалисты работают в разных подходах.

Задачей своей работы вижу уверенное ощущение специалиста в ответственной профессиональной позиции за счет:

- более ясного представления о взаимодействии на консультации,

- лучшего понимания потребностей клиентов и структурирования терапевтического взаимодействия как в рамках одной встречи, так и в процессе случая в целом,

- выбора определенных терапевтических интервенций и умения оценивать их эффективность,

- осознания своих чувств по отношению к клиентам и своих реакций на них.

Мне, как супервизору, в свою очередь, важно выстроить логику нашей встречи: достаточно ли собрано информации? Какие задачи ставил специалист на приеме? Почему? Что было предпринято? Какие дало результаты? Что вызывает трудности/вопросы?

Особое внимание я уделяю контексту: на каком фоне разворачивается та или иная клиентская история и история взаимодействия консультанта и клиента/семьи? Как на клиента/семью/терапевта влияют системы более высокого порядка [1]? И если для психологов, работающих в системном подходе это понятно, то для представителей других школ не всегда очевидно. Так же, как и постулат *социального конструкционизма* о том, что «реальность формируется нашим видением мира» [2], а значит, не существует единственной «правильной» реальности; вместо нее может быть много адекватных точек зрения о том, как жить. Кроме того, нарративный подход говорит о том, что созданные людьми истории отражают и формируют их реальность и образ жизни. Вообще, постклассические подходы в консультировании стоят на позиции партнерства в консультировании, уважения, поиске историй о предпочитаемых способах жизни, поддержке желаемых изменений, в том числе совсем небольших. Все это я стараюсь транслировать в процессе супервизии. Замечаю, что очень часто на специалиста в оценке своей работы влияет перфекционизм, который мешает заметить достижения, а то и

совсем их обесценивает, что, конечно же, транслируется на сессии и не может не влиять на процесс консультирования, а, значит, и на состояние клиента. Перфекционизм присущ нашей организации (системе более высокого порядка); за ним стоит, помимо стремления оказать качественную услугу, еще и задача избежать жалоб со стороны клиентов (что крайне нежелательно в государственном бюджетном учреждении).

Случаи, с которыми я встречаюсь чаще всего, можно разделить на 2 большие группы:

- много собранной информации, которая не структурирована, невнятная цель работы, много тревоги психолога (обычно это начинающий специалист на нормальном этапе профессионального формирования).

- недостаточно информации, трудно сформулировать рабочую гипотезу, а значит и цели/задачи, построить стратегию работы.

Представляется полезным супервизии сделать элементом пролонгированного сопровождения работы консультанта, частью технологии для эффективной проработки затруднений в работе.

Основная мишень супервизии – профессиональная позиция, необходимое условие – ощущение безопасности, безоценочности в процессе супервизии.

Сосредоточившись на таком аспекте супервизии, как профилактика СЭВ, хочу рассказать о групповых супервизиях, проводимых регулярно с психологами ДСЗН. Специфика работы специалистов такова, что часто приходится иметь дело с так называемыми недобровольными клиентами, «семьями зоны риска» - это люди либо в трудной жизненной ситуации, либо столкнувшиеся с кризисом (н-р, подростковым), попавшими в поле зрения Органов опеки и социальных служб. Непростые жизненные перипетии в историях клиентов не могут не вызывать эмоциональных реакций и переживаний у специалистов, порой очень острых - психолог, как правило, согласно критериям профпригодности,

склонен к особой чувствительности. В условиях групповой работы это особенно заметно: рассказ психолога о случае обычно создает определенное настроение в группе; доминирует либо какое-то одно переживание (гнев, беспомощность, сожаление, грусть и т.д.), либо происходит как бы «раскол» группы (кто-то осуждает и критикует клиента, кто-то сочувствует). Таким образом, разыгрывается тот самый конфликт, с которым имеют дело клиенты в своей жизни. А истории действительно впечатляющие - тут и сиротство при живых родителях, и утрата, серьезные заболевания, в том числе психические, зависимости, убегающие из дома дети и т.д. Если подходить к этим случаям с позиции социальной «нормы», оценки «функциональности», то картина часто получается удручающей. Специалисту становится трудно удерживать надежду, веру в способность к изменениям; растерянность и усталость незаметно проникают в работу и нашептывают пессимистичные и – нередко - циничные тексты. Кроме того, психолог часто, особенно в трудных случаях, ощущает одиночество, отсутствие такой нужной поддержки смежников, невозможность опереться на внятные, «работающие» протоколы при требованиях эффективности работы, а иногда и небезопасность. При данных условиях специалист невротизируется; мы наблюдаем потерю интереса в работе, отстраненность и формальность, либо, наоборот, чрезмерную вовлеченность («спасательство»), усталость, т.е. те переживания, которые принято называть «эмоциональным выгоранием» специалиста - СЭВ.

Групповая супервизия в такой ситуации может и должна стать элементом такой необходимой поддержки и «подпиткой» для психолога, позволяющей укрепиться профессионально и эмоционально. Нарративный подход и подход, ориентированный на решение, дает необходимые методы и техники работы, помогает сохранять оптимизм. В доминирующей проблемной истории мы ищем исключения и уникальные эпизоды, обращаем внимания на маленькие

успехи, а главное – учимся занимать более уважительную позицию по отношению к клиентам и перестаем обесценивать их усилия и свои собственные. Психологи работают в разных подходах, пользуются разным понятийным аппаратом, поэтому «набрасывают» разные идеи, супервизор фасилитирует и поддерживает процесс. Групповая супервизия / интервизия позволяет участникам обмениваться «картинками», а специалисту, представляющему случай, дает возможность «примерить», взять то, что откликнулось.

Таким образом, по моему мнению и опыту моей работы, одной из возможностей профилактики СЭВ может являться супервизия в сообществе специалистов, работающих в разных подходах и взаимно обогащающих друг друга инструментарием, фокусом в работе, умением видеть ресурсы.

Итак, в каком бы подходе ни работал консультант, обратившийся за супервизией, есть то, на чем мы фокусируемся в любом случае, а именно: ответственность за профессиональную позицию, улучшение навыков коммуникации/контакта, отслеживание своих чувств и реакций в процессе консультирования.

Представляется наиболее конструктивным в процессе супервизии:

- занимать позицию сотрудничества,
- создавать условия безопасности процесса, соблюдать этические принципы,
- уважительно и корректно проводить интервенции,
- отражать и поддерживать успехи,
- учитывать влияние контекста, систем более высокого порядка,
- помнить о праве на существование различных способов видения реальности и способов жить.

Создание площадок регулярной супервизии для специалистов-психологов социальной сферы должно и может способствовать развитию профессиональных навыков, противодействовать профессиональному выгоранию,

поддерживать этические принципы в работе психолога, развивать идею сотрудничества в профессиональной среде.

Таким образом, любая супервизия в нашей организации имеет две задачи: совместная работа по преодолению трудных зон в работе и создание дополнительного ресурса в преодолении СЭВ. На мой взгляд, включение супервизий в цикл пролонгированного сопровождения специалиста способствует предотвращению СЭВ, что повышает эффективность и результативность работы всей организации.

Литература:

1. *Варга А.* Введение в системную семейную психотерапию. – М.: «Когито-Центр», 2009. – 182с.
2. *Кулаков С.А.* Супервизия в психотерапии: учебное пособие для психотерапевтов и супервизоров. – СПб, ООО «Медицинский центр С.П. Семенова «Вита», 2004. – 128 с.
3. *Федоряка Д.* Супервизия в психотерапевтической практике. – СПб «Издательское решение», - 100с.
4. *Ховкинс П., Шохет Р.* Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. - СПб.: Речь, 2002. – 352с.

A SUPERVISION AS A PREVENTION OF PROFESSIONAL BURNOUT OF PSYCHOLOGISTS ENGAGED IN SOCIAL SPHERE

Tatiana Katrin

"Moscow service of psychological help to the population",
Public budgetary institution
Moscow, Russia

Key words: *supervision, emotional burnout; professional position; narrative approach; a solution-oriented approach; social sphere, systemic approach.*

Abstract: Supporting a professional position and observing ethical norms in counseling has always been the most important task of supervision. The result of qualitative supervision should be occurs in more confident behavior of a specialist in his role. A sense of support in a professional environment creates the conditions for effective work and prevents the emergence of the syndrome of professional / emotional burnout (CMEA). An attention, which focused to the prevention of burnout syndrome, and creation supportive conditions, is an important element. Therefore, in this way we promote the creation of the same model already in the process of interaction between the consultant and clients, increasing the efficiency of work and a sense of process satisfaction. Postmodern approaches, based on the principles of respect for different points of view and cooperation, provide the necessary basis in the supervisory process, allow, it seems to us, to organize the process with representatives of different therapeutic directions rather effectively.

СЕМЬЯ НА ПЕРЕКРЕСТКЕ КУЛЬТУР: РАБОТА С МЕЖКУЛЬТУРНЫМИ СЕМЬЯМИ И СЕМЬЯМИ МИГРАНТОВ

НОВОЕ ОТЦОВСТВО СКВОЗЬ ПРИЗМУ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНДЕРНЫХ РОЛЕЙ: КРОСС-КУЛЬТУРНЫЙ АНАЛИЗ

М.М. Малышева

Институт социально-экономических проблем
народонаселения РАН
(г. Москва, Россия)

В статье представлены некоторые результаты эмпирического исследования ИСЭПН РАН (2016 г.), посвященного вопросам ответственного или «включенного» отцовства, получившего в последние 20-30 лет широкое распространение в европейских странах и, особенно в странах Скандинавии. Рассмотрены вопросы перераспределения профессиональных и семейных обязанностей в связи с изменением гендерных ролей в обществе, представлена точка зрения, что российские отцы поражены в родительских правах, поскольку родительство по-прежнему ассоциируется в российском обществе с материнством, откуда возникает огромное количество проблем в социализации как мальчиков, так и девочек. Будет подчеркнуто, что «включенное отцовство» является не только мощным фактором раскрытия потенциала детей, их успешного ментального, психического и физического развития, но также лидирующим фактором повышения качественных характеристик населения разных

стран в целом, что в конечном итоге будет определять их конкурентоспособность в глобальном разделении труда.

Ключевые слова: *ответственное (включенное) отцовство, качественные характеристики населения, баланс семейных и профессиональных ролей.*

В 2016 г. ИСЭПН РАН провел эмпирическое исследование, посвященное вопросам ответственного или «включенного» отцовства, получившего в последние 20-30 лет широкое распространение в европейских странах и, особенно в странах Скандинавии. Благодаря полученным данным были изучены вопросы перераспределения профессиональных и семейных обязанностей в связи с изменением гендерных ролей в обществе. Эти данные позволяют сказать, что родительство по-прежнему ассоциируется в российском обществе с материнством, откуда возникает большое количество проблем в социализации как мальчиков, так и девочек.

В своем исследовании мы исходили из принципиального положения, что «включенное отцовство» является не только мощным фактором раскрытия потенциала детей, их успешного ментального, психического и физического развития, но также лидирующим фактором повышения качественных характеристик населения разных стран в целом. Наша задача состояла в том, чтобы в результате опроса расширить идуций в обществе диалог о родительских правах отцов и способствовать социальной активности в этом направлении таких организаций как «Союзы отцов», «папашколы», объединения по противодействию домашнему насилию. Были разработаны две репрезентативные выборки. В первую вошло 789 мужчин 18-49 лет, 54% из которых имели детей. Они опрашивались на основе инструмента, разработанного Институтом «Промундо» (США) в рамках международного проекта IMAGES (The International Men &

Gender Equality Survey), и адаптированного российской группой исследователей ИСЭПН РАН к национальным условиям (2015). Во вторую выборку вошли исключительно отцы (того же возраста), имеющие детей и проживающие с ними. Объем выборки составил 1000 человек. Они опрашивались по российской анкете (2016), в которую мы включили дополнительные блоки вопросов, отсутствовавшие в анкете ИМЭДЖИЗ. Кроме того, было проведено качественное исследование 10 респондентов, участвовавших в глубинных интервью.

Феномен нового отцовства [1-3] означает интенсивные практики проявления заботы молодых мужчин о ребенке еще на стадии беременности жены и их полную включенность в домашнюю активность после рождения ребенка. Новые открытия медицины и психологии показывают, что роль отцов в воспитании детей, особенно в самый ранний период их развития (до 3-х лет) существенно недооценена. В связи с этим Скандинавские страны осуществили так называемый «нордический переворот» [4]. За последние 30-40 лет они предоставили равные права и возможности мужчинам в воспитании детей, то есть общество достигло консенсуса в отношении того, что мужчины являются такими же наемными работникам с семейными обязанностями, как и женщины. Многие европейские страны пошли по их пути, заручившись целым рядом государственных гарантий в виде родительских пособий и отпусков [5-6].

В России также существует серия государственных гарантий, но российские частные компании и весь предпринимательский сектор пока все находится на подступах к формированию просемейной политики, учитывающей родительские функции отцов. Появление активного отцовства, как показывает исторический опыт многих стран, проистекает из активной позиции государств в реализации принципов семейно- дружественной политики на рынке занятости. В связи с этим балансирование между

семьей и работой не могут рассматриваться отцами и обществом как их личная проблема. В связи с нуклеаризацией семей и откатом государств от целого ряда социальных программ, завершившимся резким снижением численности детских садов и яслей на исходе прошлого столетия и в начале текущего, отцам пришлось пережить настоящую «шоковую терапию». Им нужно было адаптироваться к совершенно новым условиям воспитания ребенка при минимальной поддержке со стороны других родственников и со стороны государства.

Специфика российской ситуации, принуждающей отцов быть более активными, состоит, по крайней мере, в двух моментах. Первый – более высокий уровень образования женщин в России. Среди занятого населения с высшим образованием женщины составляют 55%. Второй – снижающийся с каждым поколением потенциал здоровья рожениц и детей. Увеличение заботы отцов о детях и женах и в количественном и качественном измерении становится неизбежной необходимостью. Нужна активизация факторов, которые лежат за пределами медицинской сферы, а это создание более гибких режимов занятости для обоих родителей и признание социумом жизненной важности активного участия отцов в репродуктивном труде с соответствующей компенсацией потери их доходов в ранний постнатальный период.

Литература:

1. *Doherty W., Kouneski E.F., Erickson M.F.* Responsible Fathering: An Overview and Conceptual Framework //Journal of Marriage and Family. 1998. N 2 (Vol. 60).
2. *Wall G., Arnold S.* How Involved is Involved Fathering? An Exploration of the Contemporary Culture of Fatherhood. //Gender and Society. 2007. N 4 (Vol. 21), p. 509- 510.

3. *Finley G., Schwartz S.* The Father Involvement and Nurturant Fathering Scales: Retrospective Measures for Adolescent and Adult Children. //Educational and Psychological Measurement. 2004 (Vo. 64), p. 143-144.
4. *Eydal G.B., Rostgaard T.* Gender Equality revisited – changes in Nordic childcare policies in the 2000s. //Social Policy and Administration, 2011, N45(2), p. 161-79.
5. *Bergman H.* Compulsory Fatherhood: the coding of fatherhood in the Swedish welfare state. //Making Men into Fathers. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
6. *Eydal G.B., Rostgaard T.* Gender Equality Revisited – changes in Nordic childcare policies in the 2000s. //Social Policy and Administration, 2011, 45, 2, 161-79.

NEW FATHERHOOD THROUGH THE PRISM OF GENDER ROLES DISTRIBUTION

Marina Malysheva

Institute on socio-economic studies of the population
Moscow, Russia

Key words: *responsible (inclusive) fatherhood, qualitative characteristics of the population, balance of family / work roles.*

Abstract: Some results of the ISESP RAS empirical research (2016) will be presented, devoted to the questions of 'inclusive' fatherhood, which has got wide dissemination during the last 20-30 years in the European countries and particularly in Scandinavia. The issues of re-distribution of of professional and family obligations will be analyzed in the context of changing gender roles in the society, involving the statement that parenthood is still associated in Russia with motherhood what is a source of problematic socialization of boys and girls. Some proofs will be

provided that 'inclusive fatherhood' is not only the strong factor of mental, psychological and physical development, but also the leading factor of raising qualitative characteristics of the population in different countries. In the final end it effects the competitiveness of nations in the global division of labour.

**ГРАНИЦЫ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ
И ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ
НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ
СЕМЬИ В ГРЕЦИИ**

Е.Б. Жуйкова¹, М.И. Курсаниду², А.С. Филимонова³

¹Институт интегративной семейной терапии (г. Москва),
Проект психотерапевтический туризм Soultravel
(г. Нафплио, Греция)

²Центр психологической помощи "Хара Номику и партнеры»
(г. Афины, Греция)

³Институт интегративной семейной терапии (г. Москва),
Проект психотерапевтический туризм Soultravel
(г. Нафплио, Греция)

Увеличение числа межкультурных браков в большинстве стран ставит перед семейными психотерапевтами задачи поиска путей оказания помощи таким семьям. Статья посвящена обобщению опыта консультирования межнациональных пар в Греции. Обсуждаются психологические особенности таких семей, механизм формирования внутрисемейных правил, описываются традиционные представления о структуре, функционировании семьи в греческом обществе и то, как они влияют на развитие пары. Выделяются сферы жизни, являющиеся менее проблемными, перечисляются те, вокруг которых разворачиваются внутрисемейные конфликты.

Отдельно описывается влияние на ход терапии обстоятельств, когда национальность психотерапевта совпадает с одним из партнеров в супружеской паре.

Ключевые слова: *межкультурный брак, межнациональная пара, семейная психотерапия, семейные правила, межкультурная психотерапия, семья в Греции.*

В Греции, как и во всем мире, наблюдается тенденция к поликультурности, в связи с углублением взаимодействия между странами (ЕΛΣΤΑΤ) [5]. Это создает условия для повсеместного увеличения числа межкультурных семей. Согласно данным Национальной Статистической Службы (ΕΣΥΕ) Греции ежегодно в стране заключается около 4000 браков с гражданами иностранных государств, каждый восьмая свадьба - межнациональная, всего их 7% от общего числа бракосочетаний [5]. На втором месте после ближайшей Албании, среди стран, с жителями которых заключают брак греки - страны Восточного блока (в том числе, страны постсоветского пространства), гречанки - страны Западной Европы [5]. Греки в три раза чаще женятся на иностранках, чем гречанки выходят замуж за представителей других стран. При этом количество разводов, начиная с 2001 года в Греции неуклонно растет [4], и хотя нет данных, говорящих о ситуации в межнациональных браках, перед специалистами, занимающимися помощью семье стоит вопрос о том, как помогать межкультурным семьям, которые традиционно относятся к более уязвимым группам. Пантелис Пападопулос анализирует причины вступления в межнациональный брак, с точки зрения семейной истории, среди причин: паттерны исключения и исключенности, сепарация и бунт против традиционной родительской семьи, потребность в равной власти в семье (в противовес патриархальным традициям), тенденции к риску, имеющие свои корни в жизни предыдущих поколений, однако первичной необходимостью

в межнациональном браке он называет потребность в выборе отличного от окружения образа жизни [3]. Изучение особенностей таких семей представляет все больший интерес для исследователей. Они обращают внимание на то, что даже браки, заключенные между представителями различных религиозных конфессий (православие и ислам), имеющих значительные различия в традициях семейного и общественного устройства, преодолевают ряд ограничений и предубеждений [2]. В Греции, в которой традиции общества, в том числе семьи, активно поддерживаются на законодательном уровне, межкультурные браки даже с представителями той же религиозной конфессии сталкиваются с проблемой согласования семейных и общественных правил. Если пара воспитана в одной культуре, многое принимается ими априори. Конечно, психотерапевты отмечают, что каждый брак в определенной степени «смешанный», поскольку у каждого партнера есть своя «культура», особенности личности [3]. Но в межкультурной семье еще и негласные правила, принятые в обществе, проходят этап согласования и осмысления. По данным исследований, в таких парах итогом является большая ориентация на личностные и семейные смыслы, чем на внешние, по отношению к системе [1]. Психотерапевтическая практика авторов с межнациональными супружескими парами в г. Нафплио в Греции выявила ряд негласных общественных правил, которые проходя своеобразный межкультурный «фильтр», становились гласными, именно вокруг них разворачивался конфликт, формировался запрос на психотерапию. В рамках исследования нами было проконсультировано 9 супружеских пар, большая часть которых - союз греков и представителей стран постсоветского пространства. Также был обобщен многолетний опыт консультирования семей в Центре психологической помощи "Хара Номику и партнеры» (г. Афины, Греция). В результате выделены следующие группы общественных правил,

характерных для греческого общества и подвергающихся осмыслению через кризис в межнациональной паре: а) патриархальное устройство семьи с традиционным распределением обязанностей, где воспитанием детей и хозяйством занимается женщина, вне зависимости от занятости супругов; б) размытая граница с расширенной семьей, между профессиональной и частной жизнью (ввиду преобладания семейного бизнеса); в) трансформированные гендерные роли: большая материальная поддержка девочек в семье, мальчики получают только поддержку профессионального развития, что в условиях экономического кризиса означает их более низкий материальный статус, стремление удачно жениться (жена более обеспечена, может поддержать мужа); г) детоцентрированность; д) отношение к деньгам, в связи с резким переходом от подъема экономики к кризису, отношение к финансовой помощи со стороны расширенной семьи; е) отношение к здоровью и болезни, способам лечения, к психологическим проблемам и совладанием с ними, пищевые привычки; ж) способы демонстрации эмоций (в том числе за пределами семьи), поведение в обществе; з) разочарованность в партнерах в собственной стране приводит к идеализации, а затем разочарованию в греческом избраннике/избраннице.

Полученные результаты согласуются и с другими авторами [3] в том, что вопросы религии, соблюдения традиций, языка - менее конфликтные в семье, предположительно в связи с тем, что являются более очевидными и осознанными на этапе принятия решения о межнациональном браке.

Важнейшей темой взаимосвязи семьи и общества является тот факт, что в межнациональной паре, проходящей терапию, один из супругов из-за эмиграции нередко переживает кризис идентичности, трудности адаптации, потерю семьи и родины, потерю социального статуса и профессии. Отношение этого супруга к стране пребывания

влияет и на отношение к партнеру, проживающему на родине. Отдельно стоит отметить, что в греческом обществе распространена практика невключения в жизнь семьи (если речь не идет о родственниках), что нередко формирует жесткие внешние границы системы, среди последствий - изолированность эмигрировавшего партнера от поддержки и помощи, нарушение баланса власти в паре, условия для развития внутрисемейного насилия.

В заключение, мы хотим подчеркнуть, что выбор терапевта часто делается в пользу соотечественников, что также влияет на динамику терапевтического процесса, создавая условия для потери нейтральности и появления коалиций терапевта с тем партнером, с кем совпадает национальность. Однако наш опыт работы с межнациональными семьями показал, что действия и позиция терапевта в этих случаях мало отличаются от реагирования на попытки сближения по другим признакам (пол, возраст, профессия), а эмигрировавший супруг в межнациональном браке нередко, обращаясь к терапевту своей национальности, чувствует себя более уверенно и восстанавливает в ходе терапии баланс получения внешней по отношению к семейной системе поддержки.

Литература:

1. *Чеботарева Е.Ю., Джабер Х.* Проблема жизненных ценностей в межэтнических браках / материалы Всероссийской научно-практической конференции «Самореализация личности в современном мире», Издательство Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, 2016, с. 195-201.
2. *Chebotareva E.Yu., Jaber H.M.A.* Life Values of Persons in Cross-Cultural (Arab-Russian) and Monocultural Marriages and Their Representation in Family Sphere. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика, Том 14 No 3 (2017), <http://journals.rudn.ru/psychology-pedagogics>, с. 311-326.

3. Κοτζαμάνης Β. Δημογραφικά Νέα (Kotzamanis V. Demo News). The Laboratory of Demographic and Social Analyses (LDSA). Βύρων Κοτζαμάνης, Δημογραφικά Νέα, ΕΔΚΑ, Τεύχος Νο 26, 2016, ISSN: 1791-5880. URL: http://www.demography-lab.prd.uth.gr/Demonews/DEMONEWS_26.pdf
4. Παπαδοπουλος Π. Διεθνεις γαμοι. Ψυχολογικη και κοινωνιολογικη προσεγγιση. Αθηνα. 1999. Papadopoulos P. Binational marriages. A psychological and sociological approach. Athens: Masch. Man 1999.
5. Το 7% των Ελλήνων δεν παίρνει ...παπούτσι από τον τόπο του (7% of Greeks do not get...shoe from his place). 11:49, 11/10/2008 URL: http://www.ethnos.gr/koinonia/arthro/to_7_ton_ellinon_den_pairnei_papoutsi_apo_ton_topo_tou-1702563/ The degree of influence of social and economic conditions for the functioning of multicultural families in Greece

**BORDERS INFLUENCE OF SOCIAL AND ECONOMIC
CONDITIONS ON FUNCTIONING OF INTERCULTURAL
FAMILY IN GREECE**

Zhuykova E.B¹, Kirsanidou M.I.², Filimonova A.S.³

¹ Institute of Integrative Family Therapy (Moscow),
Project psychotherapeutic tourism Soulintravel (Nafplio, Greece)

²Psychological Services Hara Nomikou & Partners
(Athens, Greece)

³Institute of Integrative Family Therapy (Moscow),
Project psychotherapeutic tourism Soulintravel (Nafplio, Greece)

Key words: *intercultural marriage, interethnic couple, family psychotherapy, family rules, intercultural psychotherapy, family in Greece.*

Abstract: Increased number of intercultural marriages in most countries, put the task of finding ways to help such families as family psychotherapists. The article is about main ideas of the experience of psychological consultation of international couples in Greece. Discusses the psychological characteristics of these families, the mechanism of intra-family rule, describes the traditional understanding of the structure, family functioning in the Greek society and how they affect to development of different couples. Highlighted areas of life that are less problematic, around which the unfolding family conflicts. Separately, describes the effect on the therapy the national of a psychotherapist when it coincides with one of the partners in a couple.

**HUMANITARIAN OUTREACH FOR HAITI & ARMENIA:
UTILIZING THE 7-STEP INTEGRATIVE HEALING
MODEL FOR THE FAMILIES' RESILIENCE
AND REHABILITATION**

Ani Kalayjian

Association for Trauma Outreach & Prevention,
Meaningfulworld
Teachers College, Columbia University
New York, USA

Based on community and international disaster rehabilitation, our focus aims at expanding the healing process into a sustainable holistic mind-body-eco-spirit approach. Through Meaningfulworld humanitarian outreach programs, we have focused on transforming national and international trauma, violence, and mediation through training programs conducted in over 45 calamities in over 35 nations. At the core of all programs is the seven-step Integrative Healing Model (aka Biopsychosocial

and Eco-Spiritual Model) (Kalayjian, 2002, Kalayjian & Eugene, 2010, Kalayjian & Sofletea, 2012), through which various aspects of dispute, conflict, disagreements or impact of disasters are assessed, identified, explored, processed, worked through, and released. This process transforms trauma and suffering by offering new meaning or a new lesson learned. This innovative model incorporates various theories including: psychodynamic, interpersonal, (Sullivan, 1953), existential and humanistic (Frankl, 1962), Electromagnetic Field Balancing (EMF, Dubro & Lapierre, 2002), Forgiveness (Kalayjian & Paloutzian, 2010), Learning Theory, Flower Essences, Essential Oils, physical release (van der Kolk, 1987) and mind-body-spirit chakra balancing, prayers and meditation.

The Seven-Step Integrative Healing Model has been utilized successfully locally and globally in over 45 countries. The outcome has been measurable and survivors have reported experiences of being empowered, healed, strengthened, in peace, and able to overcome their negative reactions to the trauma. They have also reported having embraced healthy coping patterns, which improves their ability to prepare by staying centered and empowered with new and positive lessons learned. Beginning with interpersonal healing, the Seven-Step Integrative Healing Model addresses the transformation and collaboration so profoundly needed by our world that is going through violent transitions, and demonstrates the interconnectedness of our interpersonal healing and development, conflict transformation, happiness and well-being, and inclusive and sustainable community building and disaster risk reduction.

Key words: *trauma, disaster rehabilitation, Meaningfulworld, Seven-Step Integrative Healing Model.*

Imagine your home has been destroyed; you have no running water, no electricity, and no food. Ten people from your family have been killed as a result of the earthquake. You are in shock and

suffering from the after effects caused by these traumatic events in Haiti. In addition, imagine influx of refugees from Iraq war and then from the war in Syria has overwhelm you and cause distress in a new country already struggling with independence, war, and boarder conflict such as in Armenia.

Trauma that is not transformed will be transferred to several other generations. Meaningfulworld witnessed many people in this dire situation in Haiti as well as in Armenia. Well over 50% of Haiti's population is suffering from traumas of earthquake, hurricanes, and political violence. Symptoms of PTSD, depression, and addictions are increased. Our first team's research preliminarily result revealed high levels of PTSD, some survivors were still in shock and surrendered to Jesus and God. Over 30% of the population in Armenia are suffering from symptoms of PTSD. Nightmares, flashbacks, avoidance behaviors are ever-present which has caused somatization, insomnia, and other digestive issues. Our humanitarian teams followed annually, with trainings and research, ecological projects, assistance to orphans, as well as establishing peace and forgiveness gardens to remind each community the need for a mindful space to gather and reinforce our humanness, practice emotional intelligence, forgiveness and transforming generational, as well as Horizontal Trauma into meaning-making.

Meaningfulworld Humanitarian Teams conducted series of psychosocial rehabilitation programs to help the survivors recover from feelings of helplessness, fear, nightmares and uncertainty, which are normal symptoms after such horrendous calamities. The 7-step Integrative Healing Model was used with great success. We worked with teachers, clergy, psychology and medical students, as well as professionals, orphans, adults and children in tent cities, hospitals, orphanages, and the community at large. This presentation will have a short film and ppt reviewing the continued needs of the Haitian as well as Armenian Communities.

Based on community and international disaster rehabilitation, our focus aims at expanding the healing process into

a sustainable holistic mind-body-eco-spirit approach. Through Meaningfulworld humanitarian outreach programs, we have focused on transforming national and international trauma, violence, and mediation through training programs conducted in over 45 calamities in over 35 nations. At the core of all programs is the seven-step Integrative Healing Model (aka Biopsychosocial and Eco-Spiritual Model) [4, 5, 6], through which various aspects of dispute, conflict, disagreements or impact of disasters are assessed, identified, explored, processed, worked through, and released. This process transforms trauma and suffering by offering new meaning or a new lesson learned. This innovative model incorporates various theories including: psychodynamic, interpersonal [8], existential and humanistic [2], Electromagnetic Field Balancing (EMF) [1], Forgiveness [6], Learning Theory, Flower Essences, Essential Oils, physical release [9] and mind-body-spirit chakra balancing, prayers and meditation.

The Seven-Step Integrative Healing Model has been utilized successfully locally and globally in over 45 countries. The outcome has been measurable and survivors have reported experiences of being empowered, healed, strengthened, in peace, and able to overcome their negative reactions to the trauma. They have also reported having embraced healthy coping patterns, which improves their ability to prepare by staying centered and empowered with new and positive lessons learned. Beginning with interpersonal healing, the Seven-Step Integrative Healing Model addresses the transformation and collaboration so profoundly needed by our world that is going through violent transitions, and demonstrates the interconnectedness of our interpersonal healing and development, conflict transformation, happiness and well-being, and inclusive and sustainable community building and disaster risk reduction.

References:

1. *Dubrow, P. P., & Lapierre, D.* (2002). *Elegant Empowerment: Evolution of Consciousness*. New York: Platinum Publishing House.
2. *Frankl, V.* (1962). *Man's Search for Healing*. New York: Vintage Books
3. *Kalayjian, A.* (1999). Forgiveness and Transcendence. *Clio's Psyche*, 6 (3), 116-119.
4. *Kalayjian, A.* (2002). Biopsychosocial and Spiritual Treatment of Trauma. In R. & S Massey, 2002 (Editors) *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Vol. 3, Interpersonal/humanistic/Existential*. New York, NY: John Wiley & Sons. 615-637.
5. *Kalayjian, A. & Sofletea, G.* (2012). Victim, Perpetrator, or BOTH? A Child Soldier's Journey into Healing Wounds of War in Sierra Leone. In *International Case Studies in Mental Health*. Edited Poyrazli, S. & C. E. Thompson. Washington, DC: Sage Publishing. pages 33-52
6. *Kalayjian, A. & Eugene, D.* (2010). *Mass Trauma and Emotional Healing around the World: Rituals and practices for resilience and meaning-making*. New York: Praeger, ABC-CLIO.
7. *Kalayjian, A. and Paloutzian, R.* (2010). *Forgiveness & reconciliation: Psychological Pathways to Conflict Transformation and Peace Building*. Springer Publishing: New York: NY
8. *Sullivan, H. S.* (1953). *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.
9. *Van Der Kolk, B.* (1984). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal constriction and addition. In B. A. van der Kolk (Ed) *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press

**ГУМАНИТАРНЫЙ ВЫХОД ДЛЯ ГАИТИ И АРМЕНИИ:
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 7-ЭТАПНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ
МОДЕЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ
ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СЕМЕЙ**

А. Калайян

Ассоциация реабилитации и предотвращения травмы
Meaningfulworld
Педагогический колледж, университет Columbia
Г. Нью-Йорк, США

Ключевые слова: *травма, реабилитация после стихийных бедствий, Meaningfulworld, 7-шаговая интегративная модель восстановления.*

Аннотация: Представьте, что ваш дом был разрушен; у вас нет проточной воды, нет электричества и нет еды. Десять человек из вашей семьи были убиты в результате землетрясения. Вы в шоке и страдаете от последствий, вызванных этими травматическими событиями на Гаити. Кроме того, представьте, что приток беженцев от войны в Ираке, а затем от войны в Сирии сокрушил вас и вызвал бедствие в новой стране, которая уже пережила борьбу за независимость, войну и пограничные конфликты, в такой как Армения.

Травма, которая не трансформируется, будет передана нескольким другим поколениям в семье. Организация «Meaningfulworld» встречала многих людей, оказавшихся в такой ужасной ситуации на Гаити, а также в Армении. Более 50% населения Гаити страдают от травм, полученных во время землетрясения, ураганов и политического насилия. Увеличиваются симптомы ПТСР, депрессии и зависимостей.

Первые предварительные результаты исследования нашей команды показали высокий уровень ПТСР, некоторые выжившие все еще были в шоке и полагались только на милость Бога. Более 30% населения Армении страдают от симптомов ПТСР. У них постоянно присутствуют кошмары, флешбеки, избегающее поведение, что вызывает соматизацию, бессонницу и проблемы с пищеварением. Ежегодно наши гуманитарные группы проводят тренинги и исследования, экологические проекты, помощь сиротам, а также создают сады мира и прощения, чтобы напомнить каждой общине о необходимости осознанного пространства для напоминания о нашей человечности и укрепления ее, практики развития эмоционального интеллекта, прощения и трансформации межпоколенной и горизонтальной травмы в осмысление и принятие решений.

Гуманитарные группы «Meaningfulworld» провели серию программ психосоциальной реабилитации, чтобы помочь оставшимся в живых оправиться от чувства беспомощности, страха, кошмаров и неопределенности, которые являются обычными симптомами после таких ужасающих бедствий. Успешно использовалась 7-ступенчатая интегративная модель восстановления. Мы работали с преподавателями, духовенством, психологами и студентами-медиками, а также с профессионалами, сиротами, взрослыми и детьми в палаточных городах, больницах, детских домах и общинах в целом. На этой презентации будет представлен короткометражный фильм, в котором будут рассмотрены опыт работы и дальнейшие потребности гаитянских и армянских семей и общин.

FAMILY IN THE CONTEXT OF CULTURE

Tara Pir

Institute for Multicultural Counseling
and Education Services, Inc. (IMCES)
Los Angeles, USA

The family is one of society's most critical institutions. At the most fundamental level "family" can be viewed as a seeking-safety response in the context of "us versus them." Family was originally a way of protection and survival against the threat of attack from the "enemy." The family has been traditionally viewed as the primary unity of socialization, the basic structural unity within the larger community. Is it important to view family in the context of culture.

A culturally competent therapist is humble, and self-aware. There must be an awareness of how one's behaviors, political views, and attitudes, collude with the maintenance of various forms of prejudice and oppression. Therapists must have a respectful naiveté and curiosity for each client's cultural core beliefs and values.

The aim of cultural competency training is to inspire our emerging professionals in the field of psychology to become lifelong learners and reflective practitioners. Principally, that "reflection" is the ability to identify their own unconscious/invisible biases and be able to recognize the triggering points where their biases are activated.

Key Words: *family, culture, multicultural, immigration.*

Concept of family. At the most fundamental level "family" can be viewed as a seeking-safety response in the context of "us versus them." Family was originally a way of protection and

survival against the threat of attack from the “enemy.” Each region of the world developed a way of thinking about family, e.g., for protection and as a source and resource for survival, including education, care, consistency, and sustainability.

The family is one of society’s most critical institutions. It represents a primary social group that both influences and is influenced by other individuals and social institutions. The family is the principle source of the introduction and socialization of children. It conveys its fundamental cultural background to its members. (Perry, S.E., 2013. *The Family and Culture*, Ch.2, 21-40.) It is imperative that we think of family in the context of culture.

Defining Family. The family has been traditionally viewed as the primary unity of socialization, the basic structural unity within the larger community. Family both *preserves* and *transmits* culture. The family, through its structure and function, forms a vital support system for its members in the face of modern stresses and strains. As helping professionals, our emphasis in working with families is on wellness and empowerment, to give families control over their lives (Evidence Based Practice). More challenging issues such as poverty, mental illness, addiction, domestic violence, etc. are more challenging for families. Add to this the factor of cultural values, such as when a family immigrates to another country, and the strains on family can be quite significant.

Values Systems. To understand a family, it is necessary to understand its culture. Essential to the understanding of every culture is the understanding of its core value system. The value system of a culture is historically influenced by such sociological developments as the transition from food gathering to agriculture to industrialization to the current electronic era. Cultural transitions have never been as transformative and widespread as they are in the current electronic era, which has affected all individuals, even those in rural villages. As a result, each individual is exposed to a cultural conflict between the traditional and modern value systems.

Institute for Multicultural Counseling and Education Services, Inc. (IMCES). I founded a community clinic that has been providing needed comprehensive health and mental health services to underserved, culturally and linguistically diverse communities of Los Angeles since 1989. Since its inception, IMCES has had a particular commitment to immigrants from different countries, including Russia.

Immigration and its Challenges to Families. The Universal Declaration of Human Rights, adopted by the United Nations in 1948, states that “everyone has the right to leave any country, including his own.” Yet, even one of the United Nation’s principal members, the United States, applies widely diverse treatment to immigrant populations from different ethnic and cultural origins.

Immigrants to the United States over the last four decades represent a wide range of cultures, ethnicities, and races, presenting an opportunity to provide culturally responsive and sensitive assessments to guide comprehensive service provision. For example, LGBT immigrants may encounter discrimination and a perpetuation of their exclusion, stigmatization, and lack of access to mainstream resources. Assessing culturally different individuals supports practitioners’ focus on clients’ *strengths, barriers, and limitations*, related to their migration experience through the phases of Pre Migration, Migration, and Post Migration.

At IMCES, I designed an assessment tool to address cross-cultural factors that help or hinder healthy adaptation by immigrants. This culturally sensitive assessment model provides practitioners the opportunity to partner with clients in the development of a comprehensive treatment model which reflects a commitment to social justice and human rights.

Assessment drives interventions and services across multiple domains requiring practitioners to move beyond the traditional roles of counselor and psychologist. Interventions, which include community outreach, as well as public education, empower immigrant clients to develop competence and mastery of their new

culture. The intervention is structured to use both Evidence Based Practice (EBP), as well as Community Defined Practice (CDP). Our integrated model of service delivery is designed to be culturally responsive and linguistically competent. We also provide advocacy and outreach programs that are strategically designed to promote social justice and human rights by creating fair and equal access to resources and opportunities.

Commitment to Immigrants – Russian. The first massive wave of immigration from all areas of Europe to the United States took place in the late 19th century, following the 1862 enactment of the Homestead Act. A second wave of Russians immigrated in the short time period of 1917–1922, in the wake of October Revolution and Russian Civil War. [4] The third wave of immigrants from Russia came to the United States in the perestroika and post-soviet period of the late eighties. IMCES provided much needed culturally and linguistically appropriate services to these newly arrived “third wave” immigrants.

There is a wealth of research demonstrating the different experiences in individuals who are forced to migrate as a means to survival as compared with those who choose to migrate in order to enjoy more freedom and economic security [2]. It cannot be stressed enough that there is a significant difference between forced migration and the choice to migrate [5]. These differences in immigration factors among Russian Americans must always be taken into account when engaging in any clinical work.

Transition between the traditional and modern belief systems. The stigma associated with mental illness and access to mental health services is part of a belief system, which can be a major barrier to Russian Americans’ access to mental health services. This is also true in many other ethnic populations around the world. The impact of this stigma is that often, only those who are in crisis or under pressure seek such services. Given the stigma, significant outreach within the community is needed. Efforts targeted at informing and educating the Russian-American

population about helping professions and healing options need to be continued.

Outreach activities must expand to include psycho-educational approaches. It is helpful to reframe pathology as problems and to focus on a problem-solving approach in the beginning phases of clinical work. Clinicians and service providers should focus on giving direct and hands-on recommendations. They will want to give assignments and focus on tasks that engender hope. Cultural metaphors, rather than therapeutic jargon, should be used in order to develop cultural connection rather than distancing. It is essential to establish comfort, respect, and trust. It is important to establish credibility by disclosing one's skills and background. Also, given the central role that family plays, there must be an appreciation of the family in addition to the client. In order to avoid social stereotyping, therapists must acknowledge the multiple (and sometimes contradictory) aspects of cultural identity.

There are a number of characteristics of a culturally competent therapist and these should be implemented when working with Russian Americans. A culturally competent therapist is humble, and self-aware. There must be an awareness of how one's behaviors, political views, and attitudes, collude with the maintenance of various forms of prejudice and oppression. Therapists must have what Dr. Sue referred to as a "respectful naiveté" and curiosity for each client's cultural core beliefs and values.

An integral part of the American Psychological Association accredited clinical training program I designed for doctoral interns and postdoctoral residents, is the cultural competency training seminar I provide on a weekly basis. The aim of the seminar is to inspire and prepare our emerging professionals in the field of psychology to become lifelong learners and reflective practitioners. Principally, that "reflection" is the ability to identify *their own* unconscious/invisible biases and be able to recognize the triggering points where their biases are activated.

Prior to beginning service, a provider can raise their awareness by studying the history of the Russian population, relevant current sociopolitical issues, and learning about the culture's core value system in transition. Therapists must develop cultural empathy by walking a parallel path with the client, while at the same time maintaining objectivity regarding the client's circumstances. Therapists should be personally compassionate rather than politically correct. Therapists must be flexible. There should be a realization that they may also have to serve as a coordinator of care for diverse needs of the client. There also needs to be a focus on creatively seeking solutions. Seeking solutions within the families and the cultural communities, including traditional and non-traditional remedies, is respectful, empowering, and a gift to all.

A culturally competent clinician in the helping professions must consider the effect of Russian cultural transition in assessing normality and pathology. The significant implication for clinicians in helping professions is understanding the value of cultural humility. Cultural humility includes a lifelong commitment to self-evaluation, and non-paternalistic relationships, an awareness of the power imbalance between client and clinician, awareness of similarities and differences between values, and the ability to create a connecting bridge with their client, as well as being able to prioritize their goals and needs for treatment. This is the most humanistic level of delivering service in the helping professions, moving from cultural competency to cultural proficiency to cultural humility.

It is important to remember that, as trained helping professionals, we are expected to have many skills and abilities. The one fundamental requirement is our humanistic approach, with our built-in radar for genuine sensitivity and humility, and a philosophy of inclusion. With these characteristics we, in the context of our helping professions, not only create a safe environment for our client, but also significantly contribute to the wellness of our local and global communities.

At a time when nationalist and populist movements are making their presence and views known in a number of countries, it is important to recognize that multiculturalism remains our fundamental humanistic value. This simply means that adjusting does not require “melting” as in a melting pot. “Unity” as losing uniqueness to become one is not the goal of democracy. It means that one does not need to reshape themselves and conform to one way of thinking and doing to be accepted by society. We need to promote the idea of belonging to the *human family first*. Any healthy society is to be rooted in the human family first and humanistic value, with the built in infrastructure to accept many forms and shapes of diversity including expressions of cultural and linguistic differences.

References:

1. American Community Survey. 2007. Retrieved 2009-04-23
2. *Bozorgmehr, M.* (1992). Internal ethnicity in Los Angeles. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.
3. *Perry, S.E.* (2013). The Family and Culture, Ch.2, 21-40
4. Selected Social Characteristics in the United States: 2007. U.S. Census American Community Survey. 2007. Retrieved 2009-04-23.
5. *Portes, A., & Rumbaut, R.* (2005). Introduction: The second generation and the children of immigrants longitudinal study. *Ethnic and Racial Studies*, 28(6), 983-999.
6. *Sue, D. W.* (2001). The superordinate nature of cultural competence. *Counseling Psychologist*, 29, 850-857 doi: 10.1177/0011000001296006.
7. *Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J.* (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70, 477 – 486 doi: 10.1002/ju.1556-6676. 1992. Tb01642.

СЕМЬЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

Т. Пир

Институт межкультурного консультирования и образования
(IMCES)
Лос-Анджелес, США

Ключевые слова: *семья, культура, мультикультурный, иммиграция.*

Аннотация: Семья – один из наиболее важных социальных институтов. На самом фундаментальном уровне «семья» может рассматриваться как реакция поиска безопасности в контексте ситуации «мы против них». Семья была изначально способом выживания и защиты от угрозы нападения со стороны «врага». Традиционно семья считалась основным институтом социализации, основным структурным элементом более широкого сообщества. Важно ли рассматривать семью в контексте культуры?

Культурно компетентный терапевт скромн, с высоким уровнем самосознания. Должно быть осознание того, какую роль поведение, политические взгляды и отношения играют в поддержании различных форм предрассудков и угнетения. Терапевты должны обладать уважительной наивностью и любопытством к основным культурным убеждениям и ценностям каждого клиента.

Цель обучения культурной компетентности - вдохновить наших начинающих специалистов – психотерапевтов стать пожизненными учениками и рефлексивными практиками. В принципе, «рефлексия» - это способность идентифицировать свои собственные бессознательные / невидимые предубеждения и быть

способными распознавать триггерные точки, в которых активируются эти предубеждения.

ТРЕНИНГ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

Е.Ю. Чеботарева

НИУ ВШЭ, МГППУ, РУДН
г. Москва (Россия)

Наш мир становится все более мультикультурным, семейные терапевты также все чаще сталкиваются с культурными проблемами, культурными ценностями семьи и отношениями мигрантов, с трудностями супругов в межкультурных семьях, растущими из смешения культур. Задачи меняющегося мира требуют, чтобы программы обучения семейной терапии уделяли больше внимания развитию межкультурной компетентности терапевтов.

На сегодняшний день в социальной и межкультурной психологии накоплен большой объем знаний и практических инструментов в области межкультурного взаимодействия. К сожалению, в семейной психологии и терапии часто можно наблюдать игнорирование этих знаний, попытки «изобретать велосипед» снова. С другой стороны, многие программы по улучшению межкультурной компетентности в основном направлены на поощрение культурной «осведомленности», важность культурной «чувствительности» недооценивается.

Предлагается обсудить интегральные представления о межкультурной компетентности семейных терапевтов. В качестве методологической базы можно принять модель развития межкультурной чувствительности М. Дж. Беннетта (1986, 1993). Модель представляет собой прогрессию

мировоззренческих «ориентаций на культурные различия», которые составляют потенциал для все более обширного и осознанного межкультурного опыта.

В качестве творческого инструмента развития межкультурной чувствительности предлагается ролевая игра, в которой участники могут получить опыт, позволяющий им лучше понять их восприятие и чувства по отношению к их культурному происхождению и влияние этих отношений на понимание и взаимодействие с одинаковыми и разнородными культурами.

Ключевые слова: *межкультурная компетентность, межкультурная чувствительность, межкультурные семьи, обучение семейных психотерапевтов.*

Во всем мире демографы и социологи признают резкое увеличение числа межэтнических семей. Исследователи из разных стран представляют данные о том, что от 10 до 30% всех семей в стране являются межэтническими, и они указывают на продолжающуюся тенденцию, подчеркивая важность изучения различных проблем, с которыми сталкиваются межнациональные семьи [10, 13, 3]. Многие исследователи проблемы отмечают, что большинство межэтнических браков заключаются между представителями родственных культур, и особенно - религий. Например, С.Л. Перри заявляет, что удовлетворенность браком взаимосвязана со степенью совпадения верований супругов [26, 27]. Предыдущие психологические исследования были в основном сосредоточены на особенностях семей мигрантов и межкультурных различиях в моделях семейных отношений [11, 18], об отношении общества к межэтническим и межрасовым бракам [23]. Исследования выявили предрассудки в обществе по отношению к таким семьям, склонность друзей и родственников семей оказывать им меньшую поддержку, чем монокультурным семьям [14, 18].

Между тем, проблемы взаимоотношений внутри мультикультурных семей остаются недостаточно изученными. Среди публикаций, посвященных актуальным проблемам межэтнических семей, основную долю составляют исследования влияния межкультурной семьи на ребенка, в первую очередь - на его или ее этническую идентичность. Исследования показывают, что дети из межэтнических семей часто демонстрируют различные нарушения в развитии и поведении (например, [15]). Другие исследования свидетельствуют о положительном влиянии поликультурной этнической идентичности на социализацию детей [12].

Большое внимание в этой области уделяется также удовлетворенности браком в межэтнических парах, и эти исследования дают противоречивые результаты. Некоторые исследования показывают, что межэтнические семьи сталкиваются с большими проблемами, различия культурных традиций, систем убеждений и жизненных ценностей супругов вызывают большой конфликт [17, 19, 13]. Соответственно, в этих семьях отмечается больше конфликтов и разводов, чем в моноэтнических [10, 13]. Другие исследования показали равный уровень удовлетворенности и стабильности межкультурных и монокультурных браков [14]. Имеются также исследования, свидетельствующие о большей удовлетворенности отношениями в межкультурных семьях, чем в монокультурных [29, 33].

Такое разнообразие результатов ставит задачу выявления факторов, которые помогают супругам в межкультурных семьях успешно преодолевать культурные различия. Например, в исследованиях выделялись такие факторы качества брака в межэтнических парах, как позитивная этническая идентичность супругов, положительное отношение к культуре партнера [19, 23]. Дж. Вуд предложил концепцию «реляционной культуры», которая является «общей культурой, сформированной между двумя

людьми в тесной взаимосвязи» [35, 14]. Г. Уайт (2004) считает, что в процессе межкультурного взаимодействия правила разных культур смешиваются, повышая толерантность общества к нормам и ценностям различных культур, и таким образом, межэтнические семьи обеспечивают движение общества к глобальной культуре [34]. Другие авторы, напротив, утверждают, что даже в чужой культурной среде люди склонны сохранять свою приверженность ценностям и традициям своей родной культуры, а семья для мигрантов часто становится местом, где такое сохранение возможно, а иногда даже «сохранение «традиционных ценностей».

Кроме того, соотношение статистических данных о заключенных и расторгнутых межэтнических браках, по сравнению с тем же соотношением для моноэтнических браков косвенно указывает на большую стабильность межэтнических браков в среднем [3]. Ряд исследователей (например, [2, 4, 8]) говорят о высоком ценностно – смысловом единстве межэтнических семей, о значительной роли духовного единства и любви в таких межэтнических и межконфессиональных парах. Это можно объяснить тем, что люди, преодолевая некоторые ограничения и предрассудки в отношении межэтнических семей, создают более сильные союзы, основанные на большом сходстве жизненных ценностей и представлений о любви и браке [1].

В современных зарубежных исследованиях проблем профессионализма семейных терапевтов межкультурная компетентность признается не только желательным профессионально-важным качеством, но и зоной этической ответственности [24]. Отмечается, что задачи, с которыми сталкивается меняющийся мир, настоятельно требуют, чтобы программы обучения семейной терапии уделяли больше внимания развитию межкультурной компетентности терапевтов. Комиссия по аккредитации обучающих программ по супружеской и семейной терапии (COAMFTE)

постулирует: «стандарты, применяемые к обучению супружеских и семейных терапевтов, основаны на реляционном взгляде ... в котором понимание и уважение к разнообразию и недискриминации являются основополагающими принципами, практикой и ценностями" [22]. В стандартах обучения Американской ассоциации супружеской и семейной психотерапии (ААМФТ), межкультурные проблемы упоминаются во многих компетенциях [21]. ААМФТ прямо заявляет, что понятие компетентного терапевта включает в себя признание роли культурных факторов. Такое же большое внимание к межкультурной компетентности семейных терапевтов можно увидеть и в стандартах подготовки семейных терапевтов Американской психологической ассоциации (АРА) [5], Комиссии Американской психологической ассоциации по аккредитации (АРАСoА). Европейская ассоциация психотерапии в марте 2017 специально разработала руководящие принципы для проведения психотерапии с беженцами.

Исследователи и тренеры упоминают большую вариативность определения межкультурной компетентности в качестве препятствия для развития поликультурного обучения [20, 28, 30, 32]. Тем не менее, имеется некоторое общее представление, которое, например, отражено в следующем определении: «межкультурная компетентность - это развитие знаний, осведомленности и навыков, необходимых для эффективной работы в разнообразном (поликультурном) обществе» [31].

М. Дж. Беннетт установил рамки для концептуализации аспектов межкультурной компетентности в своей модели развития межкультурной чувствительности (DMIS). DMIS представляет собой прогрессию мировоззренческих «ориентаций на культурные различия», которые составляют потенциал для все более разнообразного и осмысленного межкультурного опыта. В этой модели выделяются три

этноцентристские установки, где собственная культура является центральной для восприятия и понимания реальности (отрицание другой культуры, защита от влияния чужой культуры, минимизация влияния), и три этнорелятивистские установки, где культура воспринимается в контексте других культур (принятие других культур, адаптация, интеграция) [6, 7, 25]. На этой теоретической основе был разработан опросник межкультурного развития (IDI) для измерения ориентации на культурные различия, описанные в DMIS [16]. Русскоязычная версия, адаптированная О. Хухлаевым и М. Чибисовой включает в себя 4 шкалы: минимизация межкультурных различий, абсолютизация, амбивалентность, принятие [9].

Исходя из тех же теоретических представлений, а также опираясь на результаты ряда эмпирических исследований межкультурных семей, мы разработали ролевую игру, направленную на оценку и развитие межкультурной чувствительности семейных психотерапевтов. Данную игру можно использовать в качестве отдельного обучающего мини-тренинга, либо как одно из упражнений тренинга. Она подходит и для студентов, обучающихся семейной терапии, и для опытных психотерапевтов, желающих повысить свою межкультурную чувствительность. Игра позволяет участникам получить опыт, помогающий им лучше понять их восприятие и чувства по отношению к их культурному происхождению и влияние этих отношений на понимание и взаимодействие с одинаковыми и разнородными культурами; влияние культурных установок на супружеские отношения и процесс семейной психотерапии.

Основываясь на обобщенных представлениях о различных измерениях культур, а также на данных эмпирических исследований о наиболее конфликтных зонах супружеского взаимодействия в межкультурных семьях, мы выделили 8 категорий для описания культур: чувства, власть, дети, социальный статус, личная

самореализация, традиции, секс, деньги. По этим категориям были описаны 4 вымышленные культуры. Характеристики культур по некоторым категориям согласуются друг с другом, по некоторым не вполне согласуются или даже противоречат друг другу, что отражает реальное состояние среднестатистической системы культурных норм и ценностей у человека, живущего в современном поликультурном мире. В каждом современном человеке уживается несколько разных культур, которые порой создают внутренние противоречия.

Участникам тренинга раздаются описания культур, которые они не должны показывать окружающим. Их просят внимательно прочесть эти описания и представить, что они воспитаны в той культуре, которая описана. Участники могут по-разному к этому относиться, кто-то полностью приемлет данные культурные нормы, кто-то категорически не согласен с ними, внутренне бунтует. Все это является поводами для дальнейшего обсуждения, т.к. в реальности люди в своей повседневной жизни также в разной степени ориентируются на общекультурные нормы. Но многие, отступая от них, испытывают напряжение и нередко – чувство вины, потребность доказывать свою правоту и т.п.

На следующем этапе группа делится на 3 части: 1 часть - психотерапевты, 2 части - молодые супруги, которым нужно договориться, как они будут жить вместе. Перечень вопросов, по которым им предлагается договориться также составлен, исходя из выделенных в исследованиях и анализе психотерапевтической практики конфликтных сфер супружеского взаимодействия в молодых межкультурных парах, например: как будут распределяться роли в семье, или как будут строиться отношения с детьми? Перечень включает около 10 вопросов. Предполагается, что по некоторым из них «супруги» довольно быстро смогут договориться, в обсуждении других им придется прилагать определенные усилия и выработать стратегии, и какие-то вопросы так и останутся неразрешенными.

Участники в роли психотерапевтов во время переговоров супругов наблюдают за разными парами, пытаются понять их стратегии ведения переговоров. Далее «супругам» предлагается выбрать самые острые противоречия, о которых им было сложнее всего договориться, и обсудить это с одним из терапевтов. Задача «терапевтов» - любыми имеющимися в их профессиональном арсенале способами помочь «супругам» достичь согласия.

В конце тренинга проводится обсуждение, на котором основное внимание уделяется тому, как участники восприняли данные им роли носителей определенных культур, как это согласовывалось с их родной культурой, какие стратегии они использовали для соединения в себе разных установок; какие стратегии использовали пары для того, чтобы договориться по сложным вопросам, насколько эффективно; как влияла реальная и заданная ролью культуры «терапевтов» на процесс терапии, какие стратегии они использовали для разрешения конфликтов, насколько эти стратегии были культурно чувствительными; что чувствовали симулированные клиенты по отношению к терапевту, играющему роль носителя определенной культуры.

В ходе апробации данной ролевой игры участники сообщали, что, играя роли носителей другой культуры, они почувствовали, насколько сильно влияние их собственной культуры; они смогли оценить свои установки на межкультурное взаимодействие, эффективность своих предпочитаемых техник семейного консультирования для разрешения межкультурных конфликтов, получить обратную связь о том, как их культурные установки воспринимаются представителями других культур.

Для оценки устойчивости влияния данного способа развития межкультурной чувствительности требуются дополнительные исследования.

Литература:

1. *Макарова И.А.* Развитие теоретического знания в изучении межэтнических браков//Вестник Забайкальского государственного университета, № 1, 2014. С. 32-40.
2. *Мотренко Ю.И.* Проблематика ценностных ориентаций в межэтнических межконфессиональных семьях // Этносоциум и межнациональная культура, 2011, 10 (42), 112-116.
3. *Трифонова Т. Л.* Формирование религиозных ценностей в современной межнациональной семье // Евразийский фронт - 2014: литература и религия в диалоге культур. Улан-Удэ: Изд-во Бурятского госуниверситета, 2014. С. 54-57.
4. *Чеботарева Е.Ю., Джабер Х.* Проблема жизненных ценностей в межэтнических браках. Самореализация личности в современном мире. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. М.: Изд-во: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2016, 195-201.
5. American Psychological Association // Commission on accreditation guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology. www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/guiding-principles.pdf. Retrieved September, 20, 2107.
6. *Bennett, M. J.* A developmental approach to training intercultural sensitivity. in J. Martin (Guest Ed.), Special Issue on Intercultural Training, International Journal of Intercultural Relations, 1986, Vol 10, No.2. 179-186.
7. *Bennett, M. J.* Towards ethnorelativism: A developmental model of intercultural sensitivity (revised). In R. M. Paige (Ed.), Education for the Intercultural Experience. Yarmouth, Intercultural Press, 1993.
8. *Chebotareva, E.Y., Jaber, H.M.A.* Life Values of Persons in Cross-Cultural (Arab-Russian) and Monocultural Marriages

- and Their Representation in Family Sphere. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 2017, 14 (3), 311—325
9. *Chibisova, M., & Khukhlaev, O.* Measuring teachers' intercultural competence: Towards a theory-based instrument. Book of Abstracts of the 19th International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology, Bremen, 2008, 237—238).
 10. *Cooney, T. & Radina, M.* Adjustment problems in adolescence: Are multiracial children at risk? *American Journal of Orthopsychiatry*, 2000, 70, 433-444.
 11. *Cote, L. and Bornstein, M.* Cultural and parenting cognitions in acculturating cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2003, 34, 323-349.
 12. *Crawford, S.E. & Alaggia, R.* The best of both worlds?: Family influences on mixed race youth identity development // *Qualitative Social Work*, 2008, 7 (1), 81-98.
 13. *Gaines, S. & Agnew, C.* Relationship maintenance in intercultural couples: An interdependence analysis. In D. Canary & M. Dainton (Eds.), *Maintaining Relationships Through Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2003, 231-253.
 14. *Gaines, S. & Brennan, K.* Establishing and maintaining satisfaction in multicultural relationships. In J. Harvey & A. Wenzel (Eds.). *Close Romantic Relationships: Maintenance and Enhancement*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2001, 237-253.
 15. *Jo-Pei, T.* Inter-ethnic and mono-ethnic families: Examining the association of parenting and child emotional and behavioural adjustment // *Pertanika. Journal of Social Science and Humanities*, 2012, 20 (1), 165-178.
 16. *Hammer, M. R., Wiseman, R. L., Rasmussen, J. L., & Bruschke, J. C.* A test of anxiety/ uncertainty management theory: The intercultural adaptation context. *Communication Quarterly*, 1998, 46, 309–326.

17. *Kelley, H. & Thibaut, J.* Interpersonal relations: A theory of interdependence. New York: Wiley, 1978.
18. *Killian, K.* Crossing borders: Race, gender, and their intersections in inter-racial couples. *Journal of Feminist Family Therapy*, 2001, 13, 1-31.
19. *Killian, K.* Dominant and marginalized discourses in inter-racial couples' narratives: Implications for family therapists. *Family Process*, 2002, 41, 603-618.
20. *Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., McDowell, T. & Anderson, S.* Raising critical consciousness in family therapy supervision. International Family Therapy Association Conference, Portoroz, Slovenia, 2009.
21. Marriage and Family Therapy Core Competencies http://www.aamft.org/imis15/Documents/MFT_Core_Compentence.pdf Retrieved September, 18, 2017.
22. MFT Educational Guidelines http://www.aamft.org/imis15/Documents/COAMFTE_MFT_Educational_Guidelines.pdf Retrieved September, 18, 2017.
23. *Model, S. & Fisher, G.* Unions between Blacks and Whites: England and the US compared. *Ethnic and Racial Studies*, 2002, 25(5), 728—754.
24. *Murphy, M. J., Park, J., Lonsdale, N. J.* Marriage and family therapy students' change in multicultural counseling competencies after a diversity course. *Contemporary Family Therapy*, 2006, 28, 303-311.
25. Novikova, I.A., Novikov, A.L., Gridunova, M.V., Zamaldinova, G.N. (2017). Intercultural Competence Profiles in Russian University Students. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 14 (3), 326—338.
26. *Perry, S.L.* A Match Made in Heaven? Religion-Based Marriage Decisions, Marital Quality, and the Moderating Effects of Spouse's Religious Commitment Social Indicators Research, 2015, 123 (1), 203-225

27. *Perry, S.L* Spouse's Religious Commitment and Marital Quality: Clarifying the Role of Gender Social Science Quarterly, 2016, 97 (2), 476-490.
28. *Pieterse, A. L., Evans, S. A., Risner-Butner, A., Collins, N. M. & Mason, L. B.* Multicultural competence and social justice training in counseling psychology and counselor education. *The Counseling Psychologist*, 2010, 37, 93-115.
29. *Stringer, H.* A comparison of selected marital characteristics in black-white interracial marriages and same race marriages. Unpublished doctoral dissertation, 1991, The Ohio State University, Columbus.
30. *Sue, D. W.* Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 2001, 29, 790-821.
31. *Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J.* Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 1992, 70, 477-486.
32. *Tomlinson-Clarke, S.* Assessing outcomes in a multicultural training course: A qualitative study. *Counseling Psychology Quarterly*, 2000, 13, 221-231.
33. *Troy, A., Lewis-Smith, J., & Laurenceau, J.* Interracial and intraracial romantic relationships: The search for differences in satisfaction, conflict, and attachment style. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2006, 23(1), 65—80
34. *White, J.* *Advancing family theories*, Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.
35. *Wood, J.* *Relational communication: Continuity and change in personal relationships* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth, 2000.

INTERCULTURAL SENSITIVITY OF THE FAMILY PSYCHOTHERAPISTS TRAINING

Elena Chebotareva

National Research University "Higher School of Economics",
Moscow State University of Psychology and Education, Peoples'
Friendship University of Russia
(Moscow, Russia)

Key words: *intercultural competence, intercultural sensitivity, intercultural families, training of family psychotherapists.*

Abstract: Our world is becoming increasingly multicultural, family therapists are also increasingly confronted with cultural problems, cultural values of the family and migrant relations, with the difficulties of spouses in intercultural families growing out of a mixture of cultures. The tasks of a changing world require that family therapy training programs focus more on the development of intercultural competence of therapists.

To date, social and intercultural psychology has accumulated a large amount of knowledge and practical tools in the field of intercultural interaction. Unfortunately, in family psychology and therapy it is often possible to observe ignorance of this knowledge, attempts to "reinvent the wheel" again. On the other hand, many programs to improve intercultural competence are mainly aimed at promoting cultural "awareness", the importance of cultural "sensitivity" is underestimated.

It is proposed to discuss integral ideas about the intercultural competence of family therapists. As a methodological basis, one can adopt the model of the development of intercultural sensitivity of M.J. Bennett (1986, 1993). The model represents a progression of worldview "orientations towards cultural differences", which constitute the potential for an increasingly broad and conscious intercultural experience.

As a creative tool for the development of intercultural sensitivity, a role play is suggested in which participants can gain experience that allows them to better understand their perceptions and feelings about their cultural background and the impact of these relationships on understanding and interacting with the same and diverse cultures.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СКВОЗЬ ПРИЗМУ СИСТЕМНОГО ВЗГЛЯДА

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ: СОЗДАНИЕ ЧУВСТВА БЕЗОПАСНОСТИ ВНУТРИ СЕБЯ И ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ДРУГИМИ

3. Симаходская

Нью-йоркский Центр ЭФТ
Г. Нью – Йорк, США

Эта статья посвящена работе с индивидуальными клиентами в рамках ЭФТ подхода. Как и в работе с супружескими парами, так и при индивидуальной работе, мы используем линзу привязанности для осознания существующих проблем клиента. Мы также можем отследить его негативные циклы взаимодействия, которые создают и поддерживают эмоциональное напряжение у клиента. Первая Стадия ЭФИТ направлена на де-эскалацию негативных циклов и на доступ к первичным, не признаваемым эмоциям. В ходе работы на Стадии 2 терапевт создаёт более гармоничный эмоциональный опыт, который приводит к

созданию новых, позитивных циклов, которые, в свою очередь, создают у клиента ощущение безопасности внутри себя и при общении с другими людьми.

Ключевые слова: ЭФТ, привязанность, эмоциональная регуляция, индивидуальные клиенты.

«Любовь не только логическое завершение процесса терапии, это также и средство, с помощью которого достигается каждое завершение» [1,169].

Боулби, основатель теории привязанности, указывал, что врождённая поведенческая привязанность является нормативной частью процесса выживания, начиная с рождения развивающаяся на протяжении всей жизни человека. Когда ребёнок лишён безопасной связи с родителем (или со значимым взрослым), то начинают развиваться устойчивые и повторяющиеся внутренние и внешние копинг-стратегии. Примеры излишней тревожной опеки или же напротив, попустительства в схеме привязанности *в раннем детстве*, часто приводят к тем проблемам, с которыми впоследствии клиенты приходят на терапию. В то время как большинство теорий и исследований делали акцент на том, что эмоции – это нечто внутреннее, теория привязанности имеет ряд доказательств, что регуляцию аффекта стоит рассматривать как внешний процесс, *процесс взаимодействия с другими*.

ЭФТ была основана Сьюзан Джонсон и Лэсом Гринбергом в конце 1980х и традиционно развивалась в качестве семейной терапии пар [2]. Большое количество исследований, подтверждающих эффективность ЭФТ с разными типами пар и с различной проблематикой, существует в наше время. Исследования показали, что в ходе терапии, 70-75% пар переходят от состояния дистресса к *налаживанию здоровых отношений* и около 90% демонстрируют значимые улучшения. Данный подход сейчас

применяется для работы с индивидуальными клиентами и семьями. ЭФТ-модель является интегративной, включающей в себя элементы теории привязанности, гуманистическое направление и системный подход.

С точки зрения теории привязанности, индивидуальная терапия может рассматриваться как процесс любви, подразумевающий создание надежной связи на всех трёх уровнях: между терапевтом и клиентом, между клиентом и его межличностными отношениями в прошлом и настоящем, а также на уровне внутренних *переживаний* клиента. Цели ЭФИТ включают в себя: помощь клиенту сдвинуться от защитной позиции и ригидности в сторону большей доступности своим переживаниям, способность справляться с сильными эмоциями и создавать гармоничный нарратив о самом себе и значимых отношениях. Клиенты учатся доверять своему собственному опыту и способности быть самими собой в отношениях с другими людьми [3]. Другими словами, цель ЭФИТ – это *эффективная «зависимость»*. *ЭФИТ фокусируется на двух, основанных на теории привязанности, эмоциональных и системных процессах изменений:*

1) выявление паттернов эмоционального взаимодействия и углубление первичных эмоций.

2) создание нового позитивного опыта взаимодействия, который может трансформировать базовые чувства, укоренившиеся в цикле, в безопасные связи как внутриспсихически так и интрапсихически [4].

Терапевтические позиции ЭФИТ опираются на роджерианский гуманистический подход работы с клиентом: безоценочное отношение, эмпатическое отражение и эмоциональная подстройка создают надежную и безопасную эмоциональную связь. Эта безопасность и надёжность позволяет клиентам прикоснуться к ранее отрицаемым эмоциям и поделиться ими с близкими. Этот процесс «расшатывает» их негативные внутренние рабочие модели привязанности и создаёт новый гармоничный эмоциональный

опыт. Исследования показывают, что подобная терапевтическая позиция способствует малому количеству бросающих терапию на ранних стадиях и большому объёму проведённой работы.

Можно выделить следующие стадии ЭИФТ:

1. Осознание неэффективных паттернов регуляции эмоций.

Один из ведущих системных аспектов ЭФИТ подразумевает определение паттернов эмоциональной регуляции и осознание их вклада в межличностные отношения. К примеру, работая с клиенткой, имеющей алкогольную зависимость и семейные проблемы, мы обнаруживаем, что находясь в дистрессе, она имеет склонность не признавать свои негативные переживания и утверждает, что у неё всё в порядке. Постепенно она становится всё более подавленной, и появляется тяга к алкоголю. Когда её муж и семья не одобряют это, она испытывает чувство стыда и начинает винить себя, что в свою очередь, приводит к большей отчуждённости и, как следствие, к новым эпизодам с алкоголем. Выявление подобных внутренних и межличностных паттернов, помогает клиентке перестать винить себя и сосредоточиться на осознании своих первичных чувств, в первую очередь – страха, и пытаться просить поддержки у своих близких. В ходе Стадии 1 ЭФИТ терапевт отслеживает привычные стратегии привязанности и подчёркивает их значимость, выявляет негативные циклы в актуальных межличностных отношениях, в отношениях со значимыми другими в прошлом, с самим терапевтом или существующие внутри самого клиента частями.

Следующие терапевтические приемы ЭФИТ используются на Стадии 1: прослеживать и отражать внутренние и внешние негативные циклы, эмпатическое отражение эмоций клиента, пробуждающие вопросы/реагирование на границе возникающих ощущений, подтверждение реальности и эмоциональных реакций

клиента, переопределение проблемы с точки зрения негативного цикла.

Стадия 2: Создание корректирующего эмоционального опыта. Когда клиент начинает осознавать негативные паттерны эмоционального регулирования и схемы межличностных привязанностей, чаще всего повышается и мотивация к переменам. Например, клиентка с алкогольной зависимостью, описанная выше, осознала насколько ей сложно признать негативные эмоции и попросить помощи близких. В ходе терапии, ей удалось углубиться и разделить с терапевтом её страхи выглядеть неадекватной и ощущение беспомощности во время болезни. На данном этапе терапевт создаёт условия для *инсценировки* между её внутренними частями: напуганной девочкой, нуждающейся в поддержке, и взрослой частью себя - матерью, которая способна эту поддержку предоставить и успокоить маленькую девочку. После того, как первичные эмоции и потребности в привязанности становятся осознаваемыми, подобные инсценировки также могут быть осуществлены с фигурой привязанности из прошлого или актуальных на данный момент отношений.

Следующие ЭФТ терапевтические приемы используются на Стадии 2: пробуждающие вопросы и фразы, подтверждение и эмпатическое отражение, усиление, инсценировки.

Стадия 3: Интеграция и Консолидация. На этой стадии ЭФТ терапевт поддерживает новый опыт и помогает интегрировать новые внутренние и межличностные ресурсы.

ЭФИТ предоставляет интегративную модель психотерапии и чёткий план работы с индивидуальными клиентами, который основан на научных теориях о привязанности и эмоциях, а также опирается на гуманистический и системный подходы в психотерапии.

Литература:

1. *Brubacher, L.* (2017). Emotionally focused individual therapy:

- An attachment-based experiential / systemic perspective.
Person-Centered & Experiential Psychotherapies. (pp 1-18)
2. Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R. (2000). A general theory of love. New York, NY: Random House.
 3. Johnson, S.M. (2004). Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy (2nd ed.). New York, NY: Brunner/Routledge.
 4. Johnson, S.M. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), Attachment theory and research in clinical work with adults (pp. 410–433). New York, NY: Guilford.

EMOTIONALLY FOCUSED INDIVIDUAL THERAPY: CREATING SECURITY WITHIN AND WITH OTHERS

Zoya Simakhodskaya

New York Center for EFT
New York, USA

Key words: *EFT, attachment, emotion regulation, individuals*

Abstract: This article introduces Emotionally Focused Therapy with individual clients. Similar to working with couples, we use attachment lens to understand individual's current problems. We can track their negative cycles that create and continue their emotional distress. Stage 1 of EFIT is focused on de-escalation of negative cycles and access to primary, unacknowledged emotions. In Stage 2 the therapist creates corrective emotional experiences that lead to new, positive cycles which create sense of security within and with others.

**РЕКОНСТРУКЦИЯ СЕМЕЙНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ
РЕБЕНКА, ОСТАВШЕГОСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ
РОДИТЕЛЕЙ – МОДЕЛЬ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА
С ПОДРОСТКАМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИСЯ
В ЦЕНТРЕ СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ
ВОСПИТАНИЮ**

К.А. Орадовская

ГБУ Центр Содействия Семейному Воспитанию
Возрождение; МГППУ
Г. Москва, Россия

Ощущение принадлежности к социальной группе выступает естественной потребностью человека и является неотъемлемым фактором личностного развития. Настоящая работа посвящена проблеме развития семейной идентичности детей, переживших разрыв со своей семьей, и поиску путей её решения. Семейная идентичность ребенка, оставшегося без попечения родителей, определяется автором как переживание принадлежности к системе близких связей. Предлагается модель реконструкции семейной идентичности подростков, воспитывающихся в условиях ЦССВ. Данная модель включает в себя нарративное и социальное направления работы, реализуемые системно. В ходе реализации этих направлений постепенно создаются условия, позволяющие ребенку переживать свои отношения в системе близких связей, как достаточно целостную безопасную социальную сеть, центром которой является он сам.

Ключевые слова: *семейная идентичность, дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-сироты, модель реконструкции семейной идентичности, система близких связей.*

Ощущение своей принадлежности к определенной социальной группе является базовой потребностью человека и выступает условием переживания психологической защищенности. Обычно первой и основной социальной общностью, с которой идентифицирует себя ребенок, становится его семья.

Определенное постоянство внешней системы является необходимым условием для развития идентичности. Н.П. Рюгаард пишет, что непосредственное окружение должно быть надежным и предсказуемым, прежде чем ребенок сможет создать собственную независимую внутреннюю модель [6]. Согласно определению Э. Эриксона, идентичность предполагает интеграцию переживаний личностью своей неразрывной связи с определенными социальными группами [2].

Разрыв с семьей, основной социальной общностью ребенка, в любом возрасте переживается как травматический опыт. По мнению Д.В. Винникота [5], травма означает нарушение переживания ребенком непрерывности и целостности жизни. Очевидно, что совокупность травматических факторов в жизни ребенка, оставшегося без попечения родителей, приводит к тому, что развитие семейной идентичности происходит по особому пути.

Анализируя семейную идентичность ребенка, оставшегося без попечения родителей, мы предлагаем расширение содержания этого понятия. Нами было предложено рассмотрение семейной системы ребенка, пережившего разрыв со своей семьей, как системы близких связей. Система близких связей включает в себя те отношения, которые переживаются ребенком как достаточно устойчивые и постоянные. В состав этой системы, помимо родственников, могут входить также воспитатели, специалисты учреждения, педагоги школы, воспитанники учреждения, волонтеры и другие значимые люди.

Попадая в учреждение, ребенок вынужден выстраивать новые связи в новой, незнакомой ему системе. Нередко это взаимодействие носит односторонний характер – ребенок чаще всего не может оказывать влияние на функционирование системы близких связей в отличие от семьи, в которой его потребности способны изменять функционирование всей системы. К сожалению, система близких связей ребенка, оставшегося без попечения родителей, часто характеризуется разрозненностью и отсутствием взаимодействия между элементами. Так, педагоги могут не контактировать с родственниками ребёнка, волонтеры порой вступают в отношения конфронтации с воспитателями, специалисты учреждения не всегда имеют возможность работать системно.

В настоящее время нами проводится исследование, направленное на изучение особенностей развития принадлежности к системе близких связей подростков, оставшихся без попечения родителей, и разработку практической модели реконструкции семейной идентичности. В пилотном исследовании принимают участие 20 подростков в возрасте от 12 до 17 лет, на базе ГБУ ЦССВ «Возрождение» г. Москвы. Среди них трое с рождения воспитываются в институциональных условиях, остальные имеют определенный опыт воспитания в семье - от 4 до 11 лет.

В фокусе работы модели реконструкции семейной идентичности находится одновременно два взаимодополняющих слоя – нарративный аспект, подразумевающий формирование и развитие у ребенка умения составлять целостное связное повествование о событиях своей жизни, и социальный аспект, то есть обеспечение взаимодействия между элементами системы близких связей ребенка.

Реализация нарративного аспекта опирается на совместное воссоздание истории жизни ребенка, оставшегося без попечения родителей. Практическая сторона создания «Книги Жизни» достаточно подробно описана как западными

(V.Falberg [3], J.Colson [1]), так и российскими (М. Пичугина (Капилина), Т. Панюшева [1]) специалистами. В «Книгу Жизни» помимо последовательного описания событий, произошедших с ребёнком и его переживаний относительно случившегося, входят также материальные доказательства жизненного пути – фотографии, копии документов, небольшие заметки, написанные близкими ребёнку людьми.

Социальный аспект подразумевает установление контакта и обеспечение взаимосвязи (в случае, когда это уместно в интересах ребенка) между родственниками, волонтерами и другими близкими для ребенка людьми. Нашей задачей в данном случае становится создание единой, целостной, максимально свободной от внутренних противоречивой системы связей – центром которой является ребенок. Наиболее эффективно данное направление работы может осуществляться в системном взаимодействии социального педагога, психолога и воспитателя ребенка. Системная реализация нарративного и социального аспектов, таким образом, позволяет постепенно создать условия для формирования переживания принадлежности в относительно связанном пространстве личных связей ребенка.

Идеей нашего будущего исследования является возможность проследить связь между комплексной работой по реконструкции семейной идентичности ребенка, оставшегося без попечения родителей, и показателями его психологического благополучия (к таким показателям в исследовании отнесены: самопринятие, способность к рефлексии, развитие эффективных способов совладания со стрессом, автономность).

Анализ кейсов пилотного исследования позволяет выделить и описать некоторые особенности работы над реконструкцией семейной идентичности с данной категорией детей. В ходе работы необходимо учитывать специфику формирования психологических защит ребенка, пережившего травму, а именно: нарушение способности к символизации, её

замены диссоциативным фантазированием. Кроме того, остается открытым вопрос о развитии у ребенка, пережившего травматический опыт, навыка создавать последовательные и логичные нарративы. Принимая во внимание результаты исследования R.Fivush [4], описывающие связь детских нарративов с чувством психологического благополучия, мы предполагаем, что дети, сосредоточенные на стрессовых событиях своей жизни, далеко не всегда могут самостоятельно создавать свои описательные образы, которые облегчают когнитивное понимание и реструктуризацию травмирующих событий.

Литература:

1. Капилина (Пичугина) М.В., Панюшева Т.Д. Приемный ребенок: жизненный путь, помощь и поддержка М.: Никая, 2015. - 432 с.
2. Erikson E.H. Childhood and society. New York, London, 1963.
3. Fahlberg V. A Child's Journey through Placement, 1990.
4. Fivush R., Habermas T., Theodore E.A. Waters & Widaad Z. (2011): The making of autobiographical memory: Intersections of culture, narratives and identity, International Journal of Psychology, 46:5, 321-345
<http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2011.596541> Дата обращения 07.05.2017
5. Kalsched D. The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit, London and New York, Routledge, 1996.
6. Rygaard N.P. Severe Attachment Disorder in Childhood. A Guide to Practical Therapy. Springer-Verlag/Wien, Austria, 2006.

**FAMILY IDENTITY RECONSTRUCTION IN CHILDREN
WITHOUT PARENTAL CARE.
A PSYCHOLOGICAL MODEL FOR WORK WITH
CHILDREN LIVING IN A FAMILY UPBRINGING
SUPPORT CENTER.**

Kira Oradovskaya

Family Upbringing Support Center Vozrojdenie; MGPPU
Moscow, Russia

Key words: *family identity, children without parental care, orphans, model for family identity reconstruction, system of close emotional connection.*

Abstract: Belonging to a social group is a strong and inevitable feeling that exists in human nature. Feeling of belonging creates an important foundation for personal development. The main focus of this article is the problem of building family identities in children who survived a breakup with their family. We define family identities of children without parental care as a feeling of belonging to the system of close emotional connection. We present a family identity reconstruction model designed to help adolescents who were being brought up in a Family Upbringing Support Center. This model includes narrative and social strategies of psychological work implemented systematically. Successful implementation of these strategies result in gradual expression of conditions that allow children to feel their relationships in the system of closed emotional connection as integral and safe social network.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ЧУВСТВА ВИНЫ

С.В. Тимофеева

Московская служба психологической помощи населению,
Институт практической психологии и психоанализа,
Общество семейных консультантов и психотерапевтов
г. Москва, Россия

Преимуществом стратегического подхода является его краткосрочность, быстрое разблокирование проблемной ситуации клиента. В основе работы лежит специфический прием – исследование-вмешательство. Исследование-вмешательство проводится с помощью стратегического диалога. Стрдание человека, переживающего чувство вины, образует паталогическое равновесие в системе отношений человека с самим собой и окружающими людьми. Часто паталогическое равновесие поддерживается попытками человека самостоятельно справиться с чувством вины. Посредством стратегического диалога клиенту предлагается исследовать: какие его попытки избавиться от чувства вины приводят к успеху; а какие действия (или бездействие) не только не помогают, но и затягивают его в ловушку страдания. Таким образом, благодаря блокированию неэффективных действий происходит стремительное разблокирование паталогической ситуации. Терапевтическое вмешательство становится возможным не потому что терапевт «эксперт» дает указания клиенту «не-эксперту», а потому что клиент приходит к открытиям в результате умело сконструированного диалога. Так устраняется естественное сопротивление, которое оказывает любая человеческая система, по отношению к паталогическому равновесию.

Ключевые слова: *психотерапия чувства вины, стратегическая психотерапия.*

Введение в подход: в основе стратегического подхода лежит теория систем, применяемая в психотерапии.

Значительный вклад в развитие стратегического направления психотерапии внесли Пол Вацлавик и Джожио Нардонэ. В фокусе внимания стратегического терапевта находятся отношения, которые каждый человек выстраивает с самим собой, с другими людьми, с окружающим миром.

Целью стратегической терапии являются хорошо функционирующие отношения в контексте персональной реальности человека. В фокусе внимания стратегического терапевта находятся не причины, по которым человек оказался в проблемной ситуации, а его способы справиться с проблемой.

Это, как если бы вы шли по темному лесу и вдруг внезапно провалились в яму. Какие попытки предпримет человек, чтобы справиться с этой проблемой? И что может ему помочь больше? Понять причины, по которым он оказался в яме? Или понять, как ему отсюда выбраться? Зачастую именно предпринятые попытки справиться с проблемой ее поддерживают или обостряют.

Терапевтическое вмешательство заключается в сдвиге точки зрения клиента с причин проблемы на способы ее решения. Таким образом изменяется система индивидуального восприятия клиента от ригидного к более гибкому. Это изменение восприятия реальности в итоге меняет саму реальность.

Трактовка чувства вины: в фокусе внимания стратегического терапевта чувство вины может быть рассмотрено как явление, которое оказывает влияние на перцептивно-реактивную систему человека. Переживание чувства вины блокирует взаимодействие на трех уровнях:

1. Отношения с собой.

2. Отношения с близкими.
3. Отношения с окружающим миром.

Под воздействием чувства вины человек подвергает себя жесткой критике, теряет самоуважение. Взаимоотношения с близкими выстраиваются исходя из долженствования (человека побуждает к действию чужая воля). Окружающий мир воспринимается как опасный, осуждающий и отвергающий.

Возможная стратегия: процессуально терапия состоит из 4 частей.

1. Изучение проблемы.
2. Разблокирование проблемной ситуации.
3. Закрепление изменений.
4. Завершение терапии.

Изменения происходят как на сессии благодаря тому, что человек чувствует по-другому (переживает эмоционально-корректирующий опыт), так и между сессиями, благодаря правильно подобранной стратегии, позволяющей человеку случайно пережить запланированное событие.

Первая сессия в стратегическом подходе является крайне важной. Здесь мало уделяется внимания истории возникновения чувства вины и причинам. Нас интересует актуальное состояние клиента. Собираем ответы на следующие вопросы:

- кто страдает;
- что делает человек, охваченный чувством вины;
- в каких ситуациях он страдает;
- в присутствии кого.

Изменения в перцептивно-реактивной системе человека, переживающего чувство вины, происходят начиная с первых минут терапии благодаря специфической коммуникации, которая устанавливается между психологом и клиентом. Исследование-вмешательство – инструмент, позволяющий прицельно исследовать проблему, провести реструктурирование предпринятых попыток решения

проблемы, обходя сопротивление. (Любая система по принципу гомеостаза сопротивляется изменению). Задача терапии на первом этапе – заблокировать неэффективные способы избавиться от чувства вины, вызывая у клиента чувство отвращения к ним. Основные ППР человека, переживающего вину:

- потакание действиям другого человека (перед которым чувствует вину);

- отказ от собственных потребностей в угоду воле другого.

Позитивный результат: в стратегическом походе мы используем парадокс. Предписание на первой сессии, помогающее наилучшим образом осознать неэффективные предпринятые попытки и заблокировать их: «Как ухудшить?» Если бы вы сознательно захотели не избавиться от чувства вины, а испытывать его еще больше, то что бы вам нужно было делать, или чего - не делать?

На следующей сессии, как правило, происходит разблокирование проблемной ситуации: симптоматика снижается, человек отказывается от дисфункциональных предпринятых попыток. Мы отслеживаем только ситуацию в промежутке между сессиями. Не идем в историю. Как правило, клиент, переживающий вину, мыслями возвращается в прошлое, винит себя за ошибки, которые он совершил когда-то. Здесь хорошо работает предписание, помогающее прошлое оставить в прошлом: «Созерцать великолепие руин». Это домашнее задание, помогающее принять то, что произошло.

Когда идет процесс освобождения от чувства вины, то обнажается большое количество гнева, которое необходимо канализировать. В этом случае мы используем предписание «Письма гнева». Во взаимодействии с окружающими людьми, человек переживающий вину, как правило, идет на уступки, бывает принужден к действиям, которые он не хочет выполнять, но не в силах отказать. Наиболее подходящая

стратегия, которой мы обучаем наших клиентов – научиться говорить «нет», не испытывая при этом вину. Этот навык «отказа» условно делим на 3 уровня.

Самый легкий уровень – введение двойственности в ответ на просьбу. Он предполагает научиться отказывать, не отказывая прямо, научиться брать паузу: «Мне надо подумать. Мне надо заглянуть в свой ежедневник».

Второй уровень отказа: «Я бы очень хотел сделать это для вас, но не могу!».

Третий уровень: «Я мог бы, но не хочу».

Подведение итогов терапии. Здесь мы спрашиваем: «Как по - вашему, мы справились с проблемой, или решение данной проблемы открыло новые задачи?»

Далее вместе с клиентом, вспоминаем предписания, которые были использованы в терапии и объясняем, при необходимости, действие стратегий, за счет чего произошли изменения. Завершающий вопрос: «Как все испортить?». Ответ на этот вопрос иллюстрирует, что человек должен делать, чтобы чувство вины вернулось.

PSYCHOTHERAPY OF GUILT THROUGH THE PRISM OF A STRATEGIC APPROACH

Svetlana Timofeeva

The Moscow Service of Psychological Assistance
to the Population,
The Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis,
The Society of family counsellors and psychotherapists
Moscow, Russia

Key words: *psychotherapy of feelings of guilt, strategic psychotherapy.*

Abstract: The main advantages of the strategic approach are as following: it takes little time, it unblocks rapidly the client's problem situation. At the heart of the work there is a specific technique, namely, investigation-intervention. Investigation-intervention is carried out through strategic dialogue. The suffering of a person experiencing a sense of guilt forms a pathological balance, equilibrium in the system of relationships with himself and surrounding people. Often the pathological balance is supported by a person's attempts to cope with guilt by himself, all alone. In a strategic dialogue, the client is invited to explore his attempts to get rid of the sense of guilt and to find out which of them lead to a success; and what actions (or inaction) do not help, and even drag him deeper into the trap of suffering. Thus, due to blocking the ineffective actions, a rapid release of the pathological situation occurs. Therapeutic intervention becomes possible not because the therapist who is so-called an expert in the situation gives instructions to the client who is a "non-expert", but because the client discovers very important matters about himself and this is the result of a professionally constructed dialogue. This eliminates the natural resistance that any human system exerts in relation to pathological equilibrium.

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ СУБЛИЧНОСТЕЙ И ЧУВСТВО ВИНЫ

Т.В. Рыцарева

Общество семейных консультантов и психотерапевтов
г. Москва, Россия

Системная семейная терапия субличностей (ССТС,
автор Р. Шварц) предлагает использовать язык частей для

описания внутренней реальности клиента, что согласуется с идеями множественности личности. Ричард Шварц представил уникальную классификацию субличностей, учитывающую их функциональность: менеджер, пожарник и изгнанник. Проявления субличностей различных типов могут выглядеть как ярко выраженные убеждения, оцененные клиентом как проблемные, навязчивое поведение, депрессия или, например, Чувство Вины. Если любая из частей берет верх и начинает руководить личностью человека, происходит разбалансировка внутренней семейной системы, и он начинает испытывать внутренний дискомфорт разной интенсивности.

Зачем во внутренней семейной системе возникает и сохраняется такая субличность, как Вина? К какому типу субличности она относится и какой функционал выполняет для личности? Какие психотерапевтические возможности предлагает ССТС в работе с Чувством Вины? Об этом поговорим на круглом столе "Сходство, различия и противоречия подходов к психотерапии чувства вины».

Ключевые слова: *внутренняя семейная система, чувство вины*

Введение в подход. ССТС объединила положения системной теории со знаниями об интрапсихических процессах. Так, предполагается, что внутренние процессы клиента подчиняются законам системы. Субличности определены как части внутренней семейной системы, несущие определенные функции, а их взаимодействие во внутренней семье устроено аналогично процессам в обычной семье: образуются коалиции, возникают конфликты, нарушается иерархия, происходит борьба за власть и т.д. Каждая субличность имеет свой характер, набор установок, диапазон эмоций и даже манеру общения.

В подходе есть понятие Центра личности, истинного Я (Самость, Сэлф – в зависимости от перевода). Это врожденная, центральная часть личности, обладающая всеми необходимыми качествами для руководства внутренней семейной системой. Люди в контакте с Самостью описывают легкость, спокойность и умиротворение. Когда доверие субличностей к Самости падает, нарушается иерархия внутренней семейной системы, субличности решают принимать участие в руководстве, сливаясь с Самостью. Тогда под влиянием субличности человек может демонстрировать различное поведение, испытывать различные, в том числе негативные чувства, ставить перед собой задачи, держащие его в паттерне «травматического поведения». Подход рассматривает Сэлф как ко-терапевта. Особенностью подхода ССТС является его уникальная классификация субличностей.

Выделены такие группы как:

- Изгнанники - самые чувствительные члены внутренней системы, характеризуются как раненые, оскорбленные, травмированные, несущие чувства боли, отвержения и стыда. «Они как дети, которых, сперва травмировали, а затем отвергли и бросили за то, что они травмированы. Они превращаются в изгнанников, запертых и обремененных стыдом» [Шварц, с.75]

- Менеджеры - субличности, которые обеспечивают изоляцию Изгнанников от Самости для безопасности системы, живут в страхе перед Изгнанниками, опасаясь, что тяжелые чувства и воспоминания Изгнанников найдут выход и сделают определенные чувства доступными сознанию. Менеджерам характерны такие черты как опека, оперативность принятия решений, ответственность, заинтересованность в безопасности. Проявления типичных менеджеров: перфекционист, хранительница очага, критик, достиженец, соблюдающий этикет, дистанцированный от чувств и т.д.

- Пожарные – реактивные части, откликающиеся на неблагополучие Изгнанников, подавляют их актуализировавшиеся чувства. Проявление Пожарного может выглядеть как саморазрушающее и социально неодобряемое поведение: переедание, навязчивое поведение, алкогольное опьянение, приступ гнева, крики или истерики, незапланированные покупки и т.д.

Взаимодействие субличностей. Менеджеры и Пожарные стараются защитить систему, поддержать ее функционирование, это часто приводит к поляризации с Изгнанниками. Тут можно увидеть некую цикличность: чем активнее действуют менеджеры и пожарные в адрес Изгнанника, изолируют его, тем сильнее он проявляет себя в виде различных реакций, представляющих впадение в крайности, и тем сильнее Менеджеры и Пожарные начинают подавлять Изгнанника.

Между Менеджерами и Пожарниками также может произойти процесс поляризации: острые действия Пожарных вызывает критику у Менеджеров и в целом у окружающих человека людей. Одновременно с этим, чем настойчивее действует менеджер, требуя исполнения собственных установок, тем в более яркой форме затем себя проявляет Пожарный описанными выше реакциями.

Трактовка чувства вины. Чувство вины рассматривается ССТС как субличность. Данный тип субличности можно отнести к блоку «Менеджеры», поскольку чувство вины предостерегает возникновение ситуации, в которых может актуализироваться Изгнанник. Как показывает практика, при выделении и более детальном изучении чувства вины как отдельной части оно, как правило, навязывает человеку ответственность за чувства и даже здоровье других людей, предлагает искать варианты удобного поведения, чтобы не расстраивать, не злить и в целом не вызывать негативных эмоций у других людей.

Чувство вины как Менеджер находится в страхе перед Изгнанником, его актуализацией и выходом болезненных чувств. Стратегия такого менеджера как «Чувства вины» - трансляция идеи собственной несостоятельности, избегание рисков, связанных с отношениями, что делает человека малорешительным, тревожным, неуверенным и даже апатичным. Чувство вины предлагает собственные варианты «правильного поведения», например, выходить к столу, если мама уже встала и шумит посудой на кухне, или не возвращаться поздно со встречи с друзьями, если гостишь у родителей.

ССТС-терапевт, опираясь на идеи системного подхода, задает вопрос, подобный формулированию гипотезы в работе с семьей: ЗАЧЕМ данная часть делает для внутренней системы то, что она делает?

Возможная стратегия. Основной целью ССТС является гармонизация внутренней системы путем снятия ограничений с Сэлф для выполнения функций руководства. Возможная стратегия предполагает:

1) Выделение субличности и ее отделения от Сэлф, которое происходит за счет техники разграничения-дифференциации Самости, разработанной Сальвадором Минухиным. При отделении субличности ее образ изменяется и преобразуется. Подробнее о всех техниках можно прочесть в переведенной на русский язык книге Р.Шварца «Системная семейная терапия субличностей» [2].

2) Следующим этапом является диагностическая работа по поиску связанных с Чувством вины внутренних частей и выявление особенностей их взаимоотношений.

Литература:

1. Черников А.В. Применение терапии Внутренних Семейных Систем в работе с супругами // Тезисы к Международной конференции «Психотерапия и

консультирование: Технологии и духовное измерение»
Москва 10-11 октября 2009г.

2. *Шварц Ричард*. Системная семейная терапия субличностей. М. «Научный мир», 2011.
3. *Richard C. Schwartz*. You Are the One You've Been Waiting For bringing courageous love to intimate relationships. Trailheads Publications: Publishing Division of The Center for Self Leadership, P.C., 2008.

INTERNAL FAMILY SYSTEMS THERAPY OF GUILT

Tatiana Rytsareva

Society of family consultant and psychotherapists
Moscow, Russia

Key words: *Internal family system, guilt*

Abstract: Internal Family Systems Therapy (IFS by R. Schwartz) considers to use sub-selves model in describing inner realities of a client. That correlates greatly with the ideas of multitude of human personality and draws on the knowledge about intrapsychic processes and the family system's functioning. Richard Schwartz provides the unique classification of sub-selves, relying on their functions, including a Manager, a Firefighter and an Exile.

There is a great variety in how do different types of subpersonalities work, e.g strong believes, considered as problematic by the client, some obsessions, depression or sometimes guilt. The article «Internal Family Systems Therapy of Guilt» focuses on two key features of IFS – the concept of sub-self and the therapy of Guilt-feeling in the Internal Family Systems model.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЧУВСТВА ВИНЫ ТЕХНИКАМИ ПСИХОДРАМЫ

К.Р. Карамян

Ресурс психологической помощи КогдаТрудно.ру
г. Москва, Россия

Психодрама – это психотерапевтический метод, основанный на действии. Метод, позволяющий человеку взглянуть на внутренний и внешний мир, как на разворачивающийся перед ним спектакль. При работе с эмоциями человек выводит на сцену внутренние процессы и выделяет разные части самого себя. Глядя на это со стороны, он снижает влияние на него эмоций, осознает их природу и находит решение проблемы.

Чувство вины – это деструктивное переживание, в основе которого лежит самообвинение и аутоагрессия. За чувством вины стоит голос внутреннего критика и часть, неспособная этому голосу сопротивляться. Критик постоянно упрекает человека за ошибки и то, что было невозможно изменить, и не имеет никакого отношения к чувству ответственности. Он заставляет мучиться, но не исправлять ошибки или учиться на них.

Как правило, голос внутреннего критика – это голос родителей, которые ругали человека еще в детстве. А техники психодрамы помогают это осознать, снизить влияние внутреннего критика и постепенно сформировать новое: конструктивное и адекватное отношение к себе, своим возможностям и совершаемым ошибкам.

Ключевые слова: *психодрама, чувство вины, внутренний критик.*

Психодрама – это психотерапевтический метод, основанный на действии. Его создатель – Якоб Леви Морено считал, что главная проблема современного общества – «навязчивый конформизм», или подражание другим вместо того, чтобы быть собой [2; 15]. Те или иные способы реагирования человека и паттерны поведения формируются в ситуации, где они были уместны и адекватны ей. Но иногда человек становится заложником этих паттернов, потому что оказывается неспособным реагировать иначе, даже когда ситуация меняется, и таким образом утрачивает свою спонтанность.

Основная задача психодрамы – освобождение человека от деструктивных, неэффективных, но главное – причиняющих дискомфорт или вполне реальный вред, шаблонов реагирования и паттернов поведения. Или другими словами – возвращение человеку способности быть спонтанным.

Технически психодрама позволяет человеку взглянуть на собственную жизнь (включая внутренний мир) как на разворачивающийся перед ним спектакль.

Психотерапевтическое пространство становится сценой, на которой человеку удастся войти в контакт с собственными противоречивыми чувствами, с отрицаемыми и мало знакомыми частями самого себя, людьми из реальной жизни. Такой взгляд изнутри, взгляд через действие и проигрывание помогает человеку осознать логику и прочувствовать смысл происходящего, найти краеугольные камни проблемной ситуации, увидеть новое решение.

Работа с переживаниями происходит с помощью выделения внутренних голосов (частей), каждый из которых несет некое послание и имеет смысл и силу в реальности клиента. Не осознавая этот смысл, человеку не удастся достичь внутреннего согласия с собой, справиться с переживанием, и он становится его заложником.

Чувство вины, рассматривается как деструктивное переживание, «разрушительная эмоциональная реакция человека на самообвинение и самоосуждение», по сути – агрессия, направленная на самого себя [1]. Психодраматическое проигрывание внутренней реальности человека, испытывающего чувство вины, всегда позволяет выделить часть, которую можно назвать «внутренний критик». Эта часть обвиняет и осуждает, и никогда не нацелена на поиск разрешения ситуации. Зачастую, внутренний критик и вовсе упрекает человека за то, что он на самом деле не совершил или не мог изменить. Но даже если во власти человека сделать что-то, чтобы исправить свою ошибку, внутренний критик заставляет его просто страдать, но не брать на себя ответственность за исправление ситуации...

Именно в этом заключается токсичность чувства вины. Оно не имеет ничего общего с чувством совести или способностью человека брать на себя ответственность за случившееся. Оно заставляет мучиться, но не исправлять ошибки или учиться на них. Оно невыносимо и неразрешимо. «Метафорически оно описывается как «тяжелый груз» или как «то, что гложет». Когда человек погружается в свою виноватость, ругает себя за совершенные ошибки ему очень трудно — фактически невозможно — анализировать свои ошибки, думать, как улучшить положение, найти правильное решение, что-то реально сделать, чтобы исправить ситуацию» [1].

Психодраматическое проигрывание внутренних процессов, сопровождающих переживание чувства вины, помогает человеку визуализировать не только внутреннего критика, но и ту часть, которую он упрекает и обвиняет. Часть, которая верит этим обвинениям и оказывается во власти деструктивных, мучительных переживаний. А затем одна из главных техник психодрамы – зеркало – позволяет, увидеть этот процесс со стороны.

Суть техники заключается в том, что человек становится зрителем спектакля, только что разыгранного им самим. Становится способным отстраниться от внутренних процессов настолько, чтобы перестать находиться в их власти, проанализировать и осознать.

Будто зритель на спектакле человек слышит обвинительные речи внутреннего критика. Со стороны видит бессмысленность и агрессивность его упреков. Видит, как беспомощна та часть, которая находится во власти этого критика. И постепенно осознает, что она безоговорочно верит голосу критика, даже когда в его посланиях откровенная ложь.

Техника зеркала помогает человеку испытать инсайт: вспомнить, при каких обстоятельствах он впервые испытал подобное переживание, и кто в реальности был человеком, критикующим и обвиняющим словами и интонациями сегодняшнего внутреннего критика.

В процессе такой работы выясняется, что корни чувства вины уходят в детство, как правило, дошкольный период. Голос критика оказывается голосом родителя, упрекающего за совершение того или иного поступка, а неспособная сопротивляться часть – тот самый ребенок, которым человек был когда-то. Еще слишком маленький, чтобы не верить и критически мыслить в ситуации, когда его ругает родитель.

Хроническое чувство вины, как правило, формируется в семьях, где родители часто критикуют ребенка, перекладывая на него собственную ответственность. Ребенка могут ругать, что он испортил дорогое мамино платье, хотя это ответственность взрослого хранить такие вещи в недоступном для ребенка месте. Или за то, что он «ведет себя как маленький» так, будто бы в его власти немедленно стать взрослым. Таким образом, родители формируют у ребенка нездоровое отношение к собственным возможностям, которые обрисовываются как безграничные, и то самое чувство вины.

С помощью техник психодрамы человек заново переживает детский опыт, на этот раз осознавая неадекватность родительских установок (а значит и установок внутреннего критика-родителя). И работа за работой во внутренней реальности человека формируется новая часть – адекватный и справедливый взрослый, способный развенчивать необоснованные обвинения родителя-критика, успокаивать и поддерживать внутреннего ребенка. Постепенно эта часть сменяет внутреннего критика, и у человека появляется новая жизненная позиция: он признает за собой право на совершение ошибок и возможность их исправления, принимает свое не-всемогущество и право на беспомощность. Хроническое чувство вины уходит и на место самобичеванию приходит спонтанность.

Литература:

1. *Лопухина Е.* Точка зрения про чувство вины. Режим доступа: <http://pd-conf.ru/psychodrama/tochka-zreniya-pro-chuvstvo-viny/>. Дата обращения: 13.08.2017.
2. Руководство по психодраме / под ред. М. Карп, П. Холмса и К.Б. Таувон К.: Изд. П. Горностай; 2013.

WORKING WITH GUILT IN PSYCHODRAMA

Karina Karamyan

Resource of psychological help KogdaTrudno.ru
Moscow, Russian Federation

Key words: *psychodrama, guilt, inner prosecutor.*

Abstract: Psychodrama is a psychotherapy approach that uses dramatizations of personal experiences to help people

understand themselves. People explore internal conflicts by acting out their emotions and interpersonal interactions on stage. When person becomes a viewer of his own play, he becomes able to keep distance with his emotions, to understand inner processes and to cope with problem.

Guilt is a destructive feeling which is based on the self-blame and autoaggression. There is a prosecutor in the inner world of person, who constantly blames human. And there is another inner part – somebody who cannot resist him. Prosecutor can blame human for his errors and facts that was impossible to change. He makes human suffer, but never to take responsibility, correct his mistakes and live peacefully.

Usually the voice of inner prosecutor is the voice of parents who blamed person in childhood. Psychodrama helps to remember child experiences, understand the effect of parent's doings in childhood, reduce the influence of the inner prosecutor and step by step become free from the guilt.

ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИГРЫ В РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИОННАЯ ИГРА КАК СПОСОБ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ РЕФЛЕКСИИ

В.Н. Махукова

Институт подготовки кадров государственной
службы занятости Украины
г. Киев, Украина

Высокий темп социальных изменений приводит к тому, что возникают новые виды деятельности человека, а те, что существовали ранее, трансформируются, процессы коммуникации ускоряются и качественно видоизменяются, в таких условиях ключевым для успешного существования личности в мире становится овладение собственным развитием и формирование новых качеств и способностей, то есть способность к росту и развитию. Системная рефлексия является важнейшей характеристикой самодетерминации, самоорганизации и саморегуляции личности. Это позволяет рассматривать ее как ключевой фактор саморазвития личности. В нашем исследовании рассматривается развитие системной рефлексии под влиянием психологических трансформационных игр.

Ключевые слова: *рефлексия, системная рефлексия, психологическая трансформационная игра, рост, развитие, саморазвитие личности.*

В условиях глобальной общественной нестабильности, когда возникают новые виды деятельности человека, а те, что существовали ранее, трансформируются, когда процессы коммуникации ускоряются и качественно видоизменяются, ключевым для успешного существования личности в мире становится овладение собственным развитием и формирования новых качеств и способностей, то есть способность к росту и развитию.

Рефлексия считается И.Д. Бехом, А.В. Карповым, Ю.М. Кулюткина, Д.А. Леонтьевым, И.М. Семеновым, С.Ю. Степановым и другими важнейшей характеристикой самодетерминации, самоорганизации и саморегуляции личности. Это позволяет рассматривать ее как ключевой фактор саморазвития личности. С другой стороны, существуют сведения о негативных влияниях рефлексии, которая мешает решительному осуществлению действия, порождает тревожность, препятствует объективному восприятию действительности (Б. Виско, Дж. Гринберг, А.В. Карпов, Д.А. Леонтьев, С. Любомирски, С. Нолен-Хоексема, Т. Пищински), что указывает на необходимость уточнения и эмпирической проверки положения о влиянии рефлексии на саморазвитие личности.

Д.А. Леонтьев разработал дифференциальную модель рефлексии, на которую мы опираемся в нашем исследовании. Им было выделено четыре типа рефлексии: арефлексия, интроспекция, системная рефлексия и квазирефлексия. «Полному отсутствию самоконтроля, сосредоточенности только на внешнем интенциональном объекте деятельности (что можно обозначить термином «арефлексия») могут быть противопоставлены не один, а три качественно различные процесса: интроспекция (самокопание), при которой фокусом внимания становится собственное внутреннее переживание, состояние, системная рефлексия, основанная на самодистанцировании и взгляде на себя со стороны и позволяет видеть одновременно полюс субъекта и полюс

объекта, а также квазирефлексия, которая направлена на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, уход в посторонние соображения о прошлом, будущем, о том, что было бы, если бы ... » [1].

В игре, как в процессе, есть три составляющие - участники игры, ведущий и игра как инструмент. Важным элементом игры является запрос участника, цель, которую он удерживает в фокусе внимания на протяжении всей игры. Условия достижения цели, запроса участника игры определяют философия игры и её игромеханика. Грамотное ведение игры ведущим (расстановка акцентов, точные вопросы и т.п.) способствуют удержанию участником игры и полюса объекта, и полюса субъекта. Т. е. одновременно (или с высокой скоростью переключения), с одной стороны, участник игры осознает себя, свои поведенческие стратегии, эмоциональные реакции, исследует свои состояния, убеждения, внутренние процессы, с другой, он осознает то, что с ним случается, игровые события, реакция и обратная связь от других игроков. Это является тем основанием, на котором базируется развитие системной рефлексии в психологической трансформационной игре.

По нашему мнению, именно развитие системной рефлексии обуславливает трансформационный эффект игры. Этому также способствуют такие факторы, как:

- осуществление в игре реальной деятельности и действий, связанных с выполнением конкретных (часто нестандартных, метафорических задач),
- условностью деятельности, которая позволяет отстраниться от реальной ситуации.

Таким образом, двуплановость психологической игры способствует развитию системной рефлексии участника игры, становится фактором ее двунаправленности, позволяет получить отложенный или немедленный результат, связанный с запросом участника игры.

Литература:

1. Карпов, А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. - 2003. - Т. 24, № 5, 45–57.
2. Леонтьев Д.А., Лантеева Е.М., Осин Е.Н., Салихова А.Ж. Разработка методики дифференциальной диагностики рефлексивности // Рефлексивные процессы и управление: сб. материалов VII Междунар. симп., Москва, 15–16 окт. 2009 г. / под ред. В.Е.Лепского. - М.: Когито-Центр, - 2009. - С. 145–150.

PSYCHOLOGICAL TRANSFORMATION GAMES AS A MEANS OF SYSTEMIC SELF-REFLECTION DEVELOPMENT

Volodymyra Makhukova

Ukrainian State Employment Service Training Institute (USESTI)
Kiev, Ukraine

Key words: *self-reflection, systemic self-reflection, psychological transformation game, growth, personal development.*

Abstract: With the fast pace of social changes where new human activities appear and the old ones undergo transformations, where communication processes quicken and evolve, the key contributor to an individual's successful existence is mastering one's skills development and formation, i.e. ability to advance and develop. Systemic self-reflection is believed to be an essential feature of self-determination, self-organization and self-regulation of an individual. This allows to consider it as a key factor of personal development. The present study considers development of systemic self-reflection under the influence of psychological transformation games.

**ПРИМЕНЕНИЕ СЕРИИ ТРАНСФОРМАЦИОННЫХ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИГР «ПАРАД ПЛАНЕТ»,
«ГЕШТАЛЬТ-ПАТИ», «ПОДДЕРЖКА»
В СОВМЕЩЕНИИ С МЕТОДАМИ СИСТЕМНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С СУПРУГАМИ**

А. М. Чугуева

Студия психологических игр «Рефлексия»
г. Москва, Россия

В ходе психотерапевтической работы с семьями автор на разных этапах работы применял методы системной семейной терапии и трансформационные психологические игры.

Это позволило получить интересные результаты, нашедшие свое отражение в изменении жизни клиентов в лучшую сторону.

В последнее время в России получили широкое распространение новые психотерапевтические методы: работа с метафорическими ассоциативными картами и трансформационные психологические игры. Эти методы основаны на проективных техниках. Несмотря на внешнее сходство, в своей сути данные игры сильно отличаются от обычных настольных игр.

Перед началом игры игроки обозначают актуальную цель, запрос или тему. Игра состоит из клеток, подобно обычной настольной игре. Каждая клетка представляет собой метафору или игровую активность, которая также рассматривается как метафора. Например, одной из клеток игры «Парад планет» является «Послание планеты». При этом игрок берет случайную метафорическую карту из игровой колоды, и, рассматривая картинку или словесную надпись, связывает и интерпретирует возникшие ассоциации с запросом при помощи психолога.

В статье приведен клиентский случай и обзор методики работы с трансформационными играми.

Ключевые слова: *трансформационные игры, психотерапия, системная семейная терапия, психологические игры, настольные игры, метафорические ассоциативные карты, метафора, парад планет, социальные игры.*

Трансформационные психологические игры (далее - ТПИ) – специально разработанные настольные игры, инструмент для психологического консультирования и психотерапии [3].

ТПИ обладает рядом особенностей, сформулированных в [5].

ТПИ проводится по специальной методике, включающей в себя несколько этапов:

1. Знакомство, включающее в себя предоставление информации клиенту о ТПИ, о ведущем игры, о предстоящих процессах.

2. Диагностика, сбор информации о клиенте, формулировка запроса.

3. Проведение игры, в течение которой психолог-ведущий игры помогает связывать игровые события с событиями в жизни клиента, связывать возникающие ассоциации и метафоры на игровом пути со стратегиями жизни клиента.

4. Завершение игры. Ключевые выводы, итоги. Ведущий помогает клиенту собрать полученную информацию, зафиксировать ее, дает рекомендации по дальнейшей работе над данным запросом.

5. Обратная связь. Клиент по желанию делится впечатлениями о прошедшей ТПИ и продвижении в работе над сформулированным ранее запросом.

ТПИ может проводиться как отдельное разовое занятие, также использоваться в ходе длительной психотерапевтической работы.

Данная методика применялась автором в ходе психотерапевтической работы с семьями методом системной семейной терапии (далее - ССТ). В статье пойдет речь о работе с супружескими парами.

На первом этапе работы с семьей (3-5 встреч) работа велась методами ССТ без применения ТПИ. Выявлялась семейная динамика, локализация кризиса, проводилось исследование семейной системы. На втором этапе работы подключалась методика работы с ТПИ. Одна ТПИ могла продолжаться несколько встреч (2-5 встреч). После завершения ТПИ работа продолжалась методами ССТ (3-5 встреч). На третьем этапе, после внесения изменений в семейную систему, работа продолжалась с помощью различных ТПИ.

Результаты данного совмещения методов ССТ и ТПИ показали высокую эффективность в разрешении клиентских запросов. Клиенты отмечали качественное улучшение жизни, что находило подтверждение также в активной деятельности по обустройству новой жизни : покупка квартиры, переезд в другую страну и т.п.

Пример клиентского случая.

Супруги. Жена: 32 года, неоконченное высшее образование, на данный момент не работает. Муж: 46 лет, владелец среднего бизнеса по продаже оборудования. Имеется дочь 4 лет. В браке проживают 6 лет. У мужа также имеются дети от прошлого брака, 16 и 10 лет. Суть обращения: недопонимание, конфликты, усталость от брака, желание изменить отношения.

На первом этапе с помощью метода генограмм, исследования семейной системы по М. Боуэну, опроса супругов и разбора последних конфликтов, было выявлено, что супруга находится под влиянием негативных установок по

женской линии, транслировавшихся матерью и бабушкой. Обладает высокой тревожностью: «Мир вокруг очень страшный, черный», низкой самооценкой, с трудом может обозначить свои желания. Муж имеет чувство вины по отношению к прежней семье. Делится с женой, советуется по вопросам воспитания. Эмоционален, успешен в бизнесе. Проблемы на работе разрешает путем жестких переговоров, давления, манипуляций. Эту же стратегию применяет в семье. Тяжело переносит необходимость договариваться: «Если ты вечером все равно собиралась сидеть в планшете, я мог бы пойти в фитнес-клуб и не тратить время, ты меня игнорируешь».

В завершении первого этапа работы супруги пришли к выводу, что ценят отношения друг с другом, начала происходить перефокусировка на «хорошее». Супруги стали меньше конфликтовать. Обрели готовность работать над личными изменениями.

На втором этапе работы применялась трансформационная психологическая игра «Парад планет»[4]. При формулировке запроса на игру применялись методы ОРКТ [2]. Супругам было предложено на время отстраниться от текущего напряжения между собой и поговорить о «счастлимом будущем», как бы поменялась их жизнь. Жена сформулировала запрос про большую спонтанность и самостоятельность. Результатом могла бы быть поездка в удаленную страну по километражу и культуре.

Муж сформулировал запрос на увеличение количества и качества интимной жизни в семье.

Игра продолжалась 5 встреч. Супруги озвучивали ассоциации с игровыми событиями. Например, клетка «Космические пираты» - свои внутренние страхи, «Война миров» - кто на кого нападает, и почему. Сам формат ассоциативно-игрового пространства помогал супругам погрузиться в ресурсное состояние.

На 5-й встрече супруги заявили, что уезжают в путешествие, спонтанно, на длительное время. К концу также подошла и игра.

Данный этап работы помог супругам сконцентрироваться на ресурсах пары, заглянуть в «новое будущее», поверить в возможность его построения, обрести реальный опыт первых шагов «счастливой жизни».

На третьем этапе работы (10 встреч) использовались методы ЭФТ и Схема-терапии [1], а также ТПИ «Т-Перспектива», «Гештальт-пати», «Дикий мир Джунгли» (ТПИ на основе социальной игры «Лепешка»), психологические игры «Семейка гномс», «Поддержка». Супруги начали больше разговаривать друг с другом на острые темы без прерывания контакта и конфликта. Стали обращать внимание на свои чувства и чувства партнера. Более четко обозначились основные потребности. Для жены: отделение от матери и выход из слияния с мужем, обретение себя и своих границ. Для мужа: обретение новых стратегий переговоров, повышение переносимости при несогласии с его желаниями, улучшение интимной жизни.

Автор полагает, что данный подход увеличивает эффективность психотерапии и сокращает ее продолжительность, т.к. в ТПИ клиенты «проживают» и разыгрывают в деталях различные пути развития ситуаций. Осознание тупикового развития или негативных последствий является серьезным стимулом к качественной работе над собой. Обратное, проживание качественно новой желаемой жизни и погружение в самостоятельно сконструированное будущее также мотивирует и дает четкое понимание и вдохновение клиента к переменам без убеждения и объяснений психолога.

Кроме мотивации, в ходе игры клиенты получают массу инсайтов, осознают причинно-следственные системные связи.

Вопрос эффективности данного метода в точных цифрах нуждается в дальнейших научных исследованиях.

Литература:

1. *Арнц А., Якоб Г.* Практическое руководство по схематерапии. -М: Научный мир, 2016 г.
2. *Будинайте Г.* Ориентированная на решение краткосрочная терапия. // «Системная семейная психотерапия: классика и современность». - М.: Класс, 2005 г., с. 233-270.
3. *Греков И., Михеева Е.* Предисловие от организаторов конференции, Современные трансформационные и психологические настольные игры: материалы международной конференции. - М: Изд-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2013, с.4-14.
4. *Чугуева А.* Трансформационные игры «Гештальт-пати» и «Парад планет» в работе системного семейного психотерапевта, Восьмой международный сказкотерапевтический фестиваль: «Психология сказки и Сказка в психологии»: Материалы фестиваля, -Москва, 2016, с. 78-79.
5. *Чугуева А.* Трансформационные психологические игры в современном психологическом консультировании, Международный конгресс «Интегративные процессы в большой психотерапии. Психотерапия здоровых. Духовно-ориентированная психотерапия». -М: «Лига-Принт», 2016 г, с 17-18.

USING THE TRANSFORMATION PSYCHOLOGICAL GAMES TOGETHER WITH THE FAMILY SYSTEM METHOD IN THE WORK WITH PAIRS

Alla Chugueva

Psychological centre "Refleksia"
Moscow, Russia

Key words: *transformation games, psychotherapy, system family therapy, psychological games, board games, metaphorical - association cards, methaphor, the parad of planets, social games*

Abstract: During the psychotherapeutic work with families the author used the method of family system therapy and the transformation psychological games at the different stages of work.

In Russia, over the last few years, new psychotherapy methods have been actively developed. The main two methods are metaphorical-association cards and psychological board games. These methods are based on projective techniques. These are not your usual board games.

The players choose a particular life goal or problem, which they want to discuss in the session. The board comprises of squares, similar to a standard board game. Each square on the board represents a metaphor and a corresponding activity. For example, one activity is 'message from the planets'. The participants randomly chooses a card from the corresponding set and look at the image on a card. They create their own associations with the image on the card and interpret these associations with the help of the psychologist.

There are the client's case and the review of the methodic in the article.

ПРИМЕНЕНИЕ Т-ИГРОВОЙ СИСТЕМЫ «ПРОФНАВИГАТОР» ДЛЯ РЕШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЗАДАЧ СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.

Е.В. Михеева

студия психологических игр «Рефлексия»
Москва, Россия.

В статье представлен опыт нестандартного применения психологических трансформационных игр, в частности, игровой системы самоопределения «Профнавигатор», для решения таких задач, как: поиск общих интересов, выстраивание личных границ и поиск корректных и эффективных способов взаимодействия в конфликтных ситуациях; сепарация; развитие самостоятельности и ответственности; а также для формирования готовности старших подростков к созданию гармоничных взаимоотношений в семье.

Ключевые слова: *психологические игры, трансформационные игровые методы, метафорическая основа; самоопределение, целеполагание, работа с семейными установками, ценностями, традициями; сепарация; развитие самостоятельности и ответственности.*

Игра как метод развития и обучения детей используется давно. Психологические игры для взрослых появились гораздо позже: игра-тренинг В. Баскакова «Времена Года»; карточные игры Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой; Психотерапевтический метод И. Чегловой «Театр архетипов».

В последние несколько лет активно развиваются специфические игры для взрослых, так называемые, «Трансформационные» или «Т-игры». Этот термин

одновременно означает и инструмент, и процесс, и методику психологического сопровождения участников для реализации методических целей [2, С. 97].

Трансформационная игра в психотерапевтической практике становится инструментом – посредником, изменяя конфигурацию психотерапевтического контакта таким образом, что клиенты, априори, получают возможность самостоятельно исследовать свой запрос и находить новые алгоритмы решения сложных жизненных задач, осваивать новый опыт взаимодействия с реальностью. В такой ситуации психолог оказывается скорее в роли фасилитатора процесса, что, в ряде случаев, может сделать психотерапию более экологичной, особенно если учесть результаты исследования, описанного В.Р. Сары-Гузель [4, С. 51-53]

Т-игра обладает широким спектром тематических возможностей за счет своей метафорической основы. Например, инструмент для диагностики стартапов и эффективности бизнеса, как метафора, может быть использован для анализа семейных отношений. Для участников игры раскрываются их взаимные ожидания, требования к партнеру, субъективная ценность отношений, модели взаимодействия и др.

Т-игровая система «Профнавигатор» (ПН) - не исключение [3, С. 47]. В зависимости от методической цели, входящие в ее состав игры можно использовать по назначению в тематике, не связанной с профориентацией и самоопределением. Так игра «ПН. Цель», направленная на формирование участником аутентичного, актуального, реалистичного запроса, подходит для решения этой задачи в любой области, включая совместный поиск супругами общего дела, интересного и увлекательного для обоих. В процессе игры оба партнера играют на общую цель, но каждый своей фишкой. По ходу разворачивающихся игровых событий они могут обсуждать какие-то темы, задавать вопросы и т.д. Таким образом появляется возможность исследовать цель с

разных сторон, поднимая не всегда удобные или на первый взгляд уже решенные вопросы. Что озвучивать, а что – нет, решают сами участники. Идеомоторный компонент т-игровой технологии обеспечивает поддержание открытого диалога, ведь любой эмоциональный всплеск разрушает логику мышления и логику действия [1]

Т-игра «ПН. Опыт», методической целью которой является исследование внутренних ресурсов, эффективности их использования для достижения поставленной цели, а также осознание личной ответственности за успех, позволяет развивать эмоционально – волевую сферу, навыки системной рефлексии, самостоятельность и ответственность; способствует коррекции самоотношения и самооценки, выстраиванию личных границ.

Психолог Цыганкова Н.Ю.¹ применяет «ПН. Опыт» в рамках курса «психология семейных отношений» в работе со старшими подростками. Цель - повышение их осознанности и ответственности, формирование готовности к созданию гармоничных взаимоотношений в семье. Подростки анализируют собственные актуальные возможности и потенциальный вклад в создании и сохранении гармоничных отношений с гипотетическим партнером, прорабатывают семейные, социальные и личные установки, а также семейные ценности и традиции.

В Т-игре «ПН. Выбор», точнее - в процессе работы со взрослыми, открываются ситуации, в которых «выбор лежит вне сферы профессиональной деятельности». Может выясниться, что семейная система оказывает настолько сильное давление, что принять осознанное решение участнику затруднительно. В качестве примера можно привести два

¹ Педагог-психолог, победитель в номинации «Индивидуальный стиль и нестандартный подход» в профессиональном конкурсе «Педагог-психолог Подмосковья – 2015», спикер ряда научно-практических конференций АСОУ.

случая индивидуальной работы со взрослыми. Запрос участников был сходным: найти наиболее интересную профессиональную сферу с учетом имеющегося образования, опыта, в которой человек смог бы успешно, динамично развиваться, и некоторых семейных обстоятельств.

В первой истории 30-летняя женщина осознала необходимость выстраивания личных границ в рамках семейной системы и в процессе игры подбирала удовлетворяющую ее внутреннюю позицию и стратегию достижения необходимого личного статуса в семье.

Во втором случае – мужчина, 39 лет, вышел на поиск решения затянувшегося семейного конфликта (который отбирал практически все силы и подрывал возможности профессиональной самореализации) через осознание собственной человеческой ценности, понимание личных границ и способов взаимодействия с разными членами семьи, в том числе для корректного использования имеющихся личных ресурсов. Результат последней работы – достаточно резкий рывок в профессиональной сфере, выравнивание семейных отношений (конфликт до конца не решен, но атмосфера в семье серьезно улучшилась).

T-игра «ПН. Путь», ее методическая цель – развитие системного взгляда на профессионализм, профессиональное становление, профессиональный путь. Поскольку в игру введены «деньги» и «личная сила», а игровая цель – достичь желаемого уровня жизни, в процессе реализации происходит активация сепарационных процессов, личной ответственности и воли к успеху.

Таким образом, через игру происходит подготовка к самостоятельной взрослой жизни подростков. Например, юноша, 18 лет, в начале игры растратил почти все (игровые) деньги и оказался в сложном положении (что отражало его реальную жизненную ситуацию). Похоже, эта ситуация «встряхнула» его, так как дальше он сумел собраться и выйти на успешную самореализацию. Интересно, что и в жизни он

быстро устроился на стабильную работу, связанную с его интересами и способностями.

Стоит отметить, что в запущенных случаях для решения вопросов сепарации стоит использовать две или три Т-игровых системы, и, конечно, работа не укладывается в один сеанс, а предполагает серию встреч.

В завершении хочу обратить внимание на то, что Т-игра – это тонкий, специфический инструмент, генератор случайных событий (своего рода метафора жизни), задающий особую динамику психологических процессов и требующий своей методики работы и определенной системы навыков от ведущего [<https://www.yasam-t-igra.com/psihologicheskaya-transformacionnaya>, актуально на 30.08.2017]. При корректном сопровождении участников применение этого инструмента уплотняет работу, дает возможность клиенту самому увидеть, понять суть и источники семейных проблем, найти приемлемые для него решения.

За счет интенсивности и высокой концентрации в процессе Т-игры, практически всегда наблюдается пролонгированный эффект последствия: в течение трех – четырех недель, в соответствии с выбранной целью и реализованным в Т-игре сценарием, происходит переосмысление конкретных ситуаций и развиваются изменения в реальной жизни клиента. Однако это не жестко. И то, и другое сам клиент может изменять, так как формировал установку на успех осознанно. И, конечно, имеет смысл помнить, что игра ни в коем случае не является «истиной в последней инстанции», это проективный инструмент, а любой сценарий возможно изменить до приемлемого.

Литература:

1. *Бехтерева Н.П.* Магия мозга и лабиринты жизни - М: «Сова», 2013
2. *Михеева Е.В.* Трансформационные игры в работе психолога // Ежегодник по консультативной психологии,

- коучингу и консалтингу – 2015, Выпуск 2, под ред. В.Ю. Меновщикова, А. Б. Орлова. – М: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-институт), 2015 – С. 96-105
3. *Мухеева Е.В.* Сказание о профориентации на новый лад // Материалы Восьмого Международного сказкотерапевтического фестиваля «Психология сказки и Сказка психологии» - С. 45-48
 4. *Сары-Гузель В.Р.* Изменение сознания в зеркале НЛП» // Сознание и физическая реальность, N 1, 2001 – С. 50-63

**THE USE OF THE T-GAMES SYSTEM
"PROOFNAVIGATOR"
TO SOLVE CERTAIN TASKS OF FAMILY
COUNSELLING**

Elena Mikheeva

Studio of psychological games "Refleksia".
Moscow, Russia

Key words: *psychological games, transformational games methods, the metaphorical basis; self-determination, goal-setting, working with family units, values, traditions; separation; development of independence and responsibility.*

Abstract: the article presents the experience of a non-standard application of psychological transformation games, in particular, a gaming system of self-determination "Proofnavigator", to solve such tasks as: finding common interests, separation; the development of independence and responsibility; establishing personal boundaries and find the correct and effective ways of interaction in conflict situations; and for formation of readiness of older teenagers to create harmonious relationships in the family.

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

«ХРОНИЧЕСКАЯ» ПОТРЕБНОСТЬ В ПОМОЩИ И ПРАВО НА АВТОНОМНОСТЬ И НЕЗАВИСИМОСТЬ

А.М. Маричева

ГБУ ДО ЦТ "На Вадковском",
Институт интегративной семейной терапии
г. Москва, Россия

Семьи, попавшие в трудную жизненную ситуацию, составляют на государственном уровне категорию семей, которые имеют право на дополнительные меры социальной защиты и поддержки. Среди таких мер – бесплатный доступ к услугам специально созданных служб и учреждений. Не обсуждая меру достаточности выделяемых на это ресурсов, мы поговорим о том, какие препятствия мешают использовать те ресурсы, которые имеются.

Мой опыт работы в государственных и негосударственных организациях, занимающихся помощью семьям, воспитывающих детей с нарушениями психического развития, позволяет сопоставлять и анализировать различные модели оказания помощи.

Мы поговорим о том, как условия труда семейных психологов влияют на их способность взаимодействовать с семьями, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, терапевтичным для них образом, и что под силу менять семейному терапевту на своем рабочем месте.

Ключевые слова: *семейная терапия, семьи в трудной жизненной ситуации, социальная защита, социальное обслуживание, ребёнок с нарушениями развития, автономность семьи*

Семьи, воспитывающие ребенка с ментальными нарушениями, формально относятся к категории семей, попавших в трудную жизненную ситуацию [4]. Государство берет на себя обязательства дополнительной поддержки таких семей.

Сам факт рождения ребенка с нарушением развития не свидетельствует о дисфункциональности семьи и не приводит к нарушению ее функционирования автоматически [3], но это событие всегда вызывает мощный кризис и в дальнейшем затрудняет проживание всех последующих стадий развития семьи [1][3].

Успешность преодоления этого и последующих кризисов зависит от наличия и доступности как внутренних, так и внешних ресурсов. Существующая государственная и развиваемая негосударственными коммерческими, некоммерческими и благотворительными организациями система социальных, медицинских и образовательных услуг стремится удовлетворить потребности таких семей. Нормой сегодняшнего дня является «семейноориентированность» любой помощи, в которой нуждается ребенок.

Семейная терапия направлена на нормализацию функционирования семьи, на улучшение ее способности удовлетворять потребности своих членов [2]. Есть даже мнение, что «все семьи, имеющие дело с нарушениями развития или хронической болезнью, должны получать регулярные семейные консультации в качестве превентивной меры» [3, 279].

Семейная терапия складывается из взаимодействия специалиста и семьи, и отношений, которые развиваются в ходе этого взаимодействия [2]. Важным компонентом этих

отношений является их открытость, которая определяет степень доверия, складывающегося между специалистом и членами семьи. Доверительные отношения позволяют членам семьи открыто выражать свои потребности и желания, делиться переживаниями, говорить о значимых для них смыслах и ценностях, определяющих их выборы [2].

Подготовка семейных терапевтов, усвоение ими принципов терапевтического взаимодействия с семьями, как правило, оставляет без внимания социально-экономический контекст, в котором это взаимодействие будет происходить. Другими словами, о влиянии на отношения между специалистом и семьей тех организаций и их системных параметров, сотрудниками которых являются семейные терапевты, в ходе обучения говорится мало или не говорится совсем. Самым исследованным вопросом является, пожалуй, вопрос оплаты терапии.

Опыт работы в государственных учреждениях систем социальной защиты, образования, здравоохранения, автономной некоммерческой организации, занимающейся помощью семьям, показал, что условия работы специалиста влияют на степень терапевтичности отношений между специалистом и семьей.

В качестве организационных параметров влияющих на характер отношений между специалистом и семьей, можно выделить: характер финансирования организации; степень свободы организации в определении целей, методов и содержания работы; способ формирования заработной платы специалиста; способы оценки эффективности работы специалиста; степень свободы специалиста в определении целей, методов и содержания работы; способы заботы о специалисте и его «рабочем» состоянии; способ установления отношений с получателями услуг; степень свободы получателя услуг в выборе специалиста, определении целей, методов и объема предполагаемой помощи; степень влияния организации и заключений ее специалистов на жизнь семьи.

Открытые доверительные отношения со специалистами способствуют укреплению автономности семьи.

Автономность - это право субъекта действовать на основании установленных им самим принципов. Автономность ассоциирована с такими понятиями, как независимость, свобода воли и право выбора [5]. Автономность является признаком хорошо функционирующей семьи.

Несмотря на то, что семьи, воспитывающие детей с нарушениями развития, на протяжении всего жизненного цикла могут нуждаться в помощи большого количества специалистов, задача семейных терапевтов – способствовать укреплению автономности семьи.

Специалисту легче решать эту задачу, если он сам и организация, в которой он работает, являются финансово независимыми от клиента, обладают достаточной свободой в определении целей, методов и содержания работы, если потребности специалиста хорошо удовлетворяются, отношения между получателями и поставщиками услуг являются добровольными, решения и заключения специалистов организации не способны изменить ход жизни семьи без ее согласия.

Таким образом, для эффективной работы терапевта с семьями, нуждающимися в помощи специалистов на протяжении всего жизненного цикла, должны быть созданы специальные условия. На некоторые параметры этих условий специалист может влиять самостоятельно, тогда как другие зависят от структуры организации или отрасли в целом.

Литература:

1. *Варга А.Я.* Введение в системную семейную психотерапию. Учебное пособие. М.: Когито-Центр; 2009.

2. *Николс М., Шварц Р.* Семейная терапия. Концепции и методы. М.: Эксмо; 2004.
3. *Селигман М., Дарлинг Р.Б.* Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития. М.: Теревинф; 1997.
4. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 №442-ФЗ (последняя редакция).
5. *Эриксон Э.* Детство и общество. М.: Летний сад; 2000.

**THE LONG-TERM NEED FOR THE FAMILY SUPPORT
AND THE RIGHT TO THE AUTONOMY
AND INDEPENDENCE**

Anna Maricheva

State budget institution The Creativity Centre "Na Vadkovskom",
The Institute for the integrative family therapy
Moscow, Russia

Key words: *family therapy, crisis families, social services, social support, social protection, children with the developmental disorders, family autonomy.*

Abstract: The families that raise the children with the developmental disorders belong to the category of the crisis families. The state guarantees these families extra social support. Autonomy is one of the most important characteristics of the well-functioning family.

Despite the fact that this kind of families demand the support during the whole family life-cycle, the target of the family therapists is the facilitation of the family autonomy. To supply the effective long-term therapy, the organization should provide special conditions for the families and for the therapists:

- 1) the institution and the therapist is financially independent from the client family;
- 2) the institution and the therapist is free enough to choose the appropriate purposes, methods and the content of the therapy;
- 3) the therapist's needs are satisfied;
- 4) the relationships between the client and the therapist are voluntary;
- 5) the decisions and conclusions of the specialists of the institution cannot have the influence on the life of the family without its agreement.

СИСТЕМНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

П.С. Гальцова

ГКУ ЦССВ "Соколенок", БФ "Дети +"
г. Москва, Россия

В докладе будут рассмотрены особенности внешних и внутренних границ кровных и замещающих семей, в которых воспитываются дети с диагнозом ВИЧ-инфекция. Обсудим трудности, с которыми сталкиваются дети и родители в построении отношений с социальным окружением.

Ключевые слова: *сопровождение семьи, психологическая поддержка, дети, ВИЧ-инфекция, характеристики семей, затронутых ВИЧ.*

Еще в конце 20 века выявление диагноза ВИЧ-инфекция приравнивалось к смертному приговору, но развитие медицинской терапии способствовало изменению течения и прогноза заболевания. Современная антиретровирусная терапия не только значительно продлевает продолжительность жизни человека с ВИЧ-инфекцией, но и позволяет прожить полноценную жизнь, иметь семью, здоровых детей. В результате изменения ситуации сместились акценты в отношении данного заболевания с медицинской помощи (вирус хорошо исследован, постоянно разрабатываются менее токсичные лекарства, позволяющие остановить размножение вируса, снизить вирусную нагрузку и улучшить самочувствие ВИЧ-инфицированного пациента) на социально – психологические трудности, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ [1; 2]. Мы хотим обозначить некоторые системные особенности семей,

затронутой ВИЧ-инфекцией, а именно – характеристики, семей, воспитывающих детей с диагнозом ВИЧ.

Условия для поддержания высокого уровня функционирования ВИЧ-инфицированного ребенка – соблюдение режима питания, личной гигиены, пожизненный прием антиретровирусной терапии и регулярное наблюдение у инфекциониста. В отличие от взрослых, несущих ответственность за собственное здоровье и принимающих решения в отношении лечения [3], ВИЧ-позитивные дети полностью зависят от взрослых, и от того, как относятся старшие члены семьи к лечению и заболеванию.

Семьи, воспитывающие детей с диагнозом ВИЧ-инфекция, в сфере медицинского сопровождения мало отличаются от других семей, воспитывающих детей с хроническими заболеваниями, основная трудность связана с дискриминацией и стигматизацией, в т.ч. самостигматизацией. Напряжение в отношениях семьи с социумом связаны с негативным образом заболевания в массовом сознании, недостаточной информированностью о ВИЧ-инфекции и способов заражения, в том числе специалистов, обязанных помогать данной категории семей, это могут быть врачи, педагоги, специалисты социальной сферы. Стигматизация и самостигматизация среди взрослых, воспитывающих детей с ВИЧ, приводят к нарушению связей семьи с социальным окружением и влияет на отношения между членами семьи, у детей повышается уровень тревожности, снижается способность к социальной адаптации, т.к. семья становится «закрытой», повышается ригидность внешних границ и семейных правил.

Семьи, воспитывающие детей с ВИЧ, можно классифицировать по нескольким основаниям. Одно из оснований – наличие кровного родства между детьми и законными представителями - почти половина детей с диагнозом ВИЧ, воспитываются в замещающих семьях, большая часть семей – кровные опекуны: бабушки и другие

родственники. В процессе помощи семьям мы выделили несколько значимых критериев, влияющих на динамику семейных отношений и восприятие ребенком своего диагноза, таких как: особенности внешних и внутренних границ, семейной иерархии, коммуникаций, отношения законных представителей к ВИЧ-позитивному диагнозу, наличие тайны диагноза от ребенка, семейная история травматизации.

Запрос данной группы семей к психологу, как правило, связан с отказом ребенка или подростка принимать терапию, что в большинстве случаев связано с незнанием ребенка или подростка о состоянии своего здоровья, недостаточной информированностью или незапланированным раскрытием диагноза. Так как низкая приверженность терапии, несоблюдение рекомендаций врача, могут привести к тяжелым последствиям для здоровья ВИЧ-инфицированного ребенка, формированию резистентности, что может привести к летальным последствиям, то одно из направлений помощи семьям с детьми, затронутыми ВИЧ, может быть подготовка семьи к заблаговременному раскрытию диагноза, снижению самостигматизации и помощи в восстановлении и укреплении социальных связей. Проблема заключается в том, что члены семьи часто не связывают низкую приверженность ребенка к терапии, с информированностью его о заболевании. Поэтому важным этапом работы с семьями, затронутыми ВИЧ, является установление контакта с семьями, включение всех членов семьи во взаимодействие со специалистами, формирование мотивации на сотрудничество, в том числе в формате неформальных встреч, клубной работы.

Таким образом, работа психолога с семьей, затронутой ВИЧ-инфекцией, включает, кроме стандартной работы, направленной на помощь в восстановлении параметров семейной системы, формирование приверженности к терапии у детей, восстановление социальных связей, помощь в формировании сообщества семей, затронутых ВИЧ. Очевидно, что невозможно соблюсти этические принципы

работы с семьей при выполнении семейным психологом всех обозначенных функций, поэтому работа с семьями, воспитывающими детей, затронутыми ВИЧ-инфекцией, требует слаженной работы мультипрофессиональной команды, включающей семейного психолога, социального педагога, равного консультанта. Важно, чтобы все специалисты команды владели знаниями в сфере семейной психологии и функционировании семейной системы, разделяли общие ценности и действовали в едином поле, при этом разделяя методы и работы.

Литература:

1. *Акулова М.В.* Социально-психологические проблемы интеграции в социум семей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 69–82. doi:10.17759/cpp.2015230405
2. *Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г.* Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2010. - 191 с.
3. *Левина О.С.* Отношение ВИЧ-инфицированных людей к лечению // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011.- Т.3, № 1. - С.64-71.

SYSTEM CHARACTERISTICS OF FAMILIES RAISING CHILDREN DIAGNOSED WITH HIV INFECTION

Polina Galtsova

State institution "The center for the promotion of family
education "Sokolenok",
Charitable Foundation "Children +"
Moscow, Russia

Key words: *support of family, psychological support, children, HIV, characteristics of families affected by HIV.*

Abstract: There are the generation of bring up children that was born with HIV infection or infected in very young age. At the present time, there are about 1000 HIV infected children in Moscow and Moscow Region. The majority of them are bringing up in the families. In this report we will consider peculiarities of families that bring up HIV infected children in the context of family psychologist, discuss difficulties that are faced by these families with HIV infected children and propose tentative solutions.

The report will examine the peculiarities of the external and internal borders of blood and replacement families, in which children with HIV infection are brought up. We will discuss the difficulties faced by children and parents in building relationships with the social environment.

ОСОБЕННОСТИ ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ С КРОВНЫМ РОДСТВОМ

А.Т. Музафарова

ГБУ Центр поддержки семьи и детства «Зюзино» ЮЗАО
г. Москва, Россия

Ребенок, оставшийся без попечения родителей, в первом приоритете передается под опеку своей расширенной семье. В большинстве случаев кровная опека представляет из себя такую семейную систему, где функциональную роль родителя берет на себя бабушка. Особенности таких систем является структурная спутанность, «застревание» цикла жизни семьи, а также наличие эмоциональной связи опекуна с отсутствующим в системе родителем. Значимость данного исследования определяется получением новых знаний о структуре, свойствах и закономерностях семейной системы в условиях отсутствия одного из структурных звеньев (родительского), что способствует углублению системного подхода к изучению семьи. Результаты исследования могут применяться в различных областях практической деятельности, таких как семейная психотерапия, школа приемных родителей, служба сопровождения приемных семей, работа по психологической коррекции приемных детей, направленная на формирование оптимальных детско-родительских отношений.

Ключевые слова: *расширенная семья, приемная семья, семейная система, приемный ребенок, структурный подход.*

Семья, где поколение бабушек и дедушек исполняет роль функциональных родителей своим внукам - это система со сломанной структурой и специфическим жизненным

циклом. Вместо «опустевшего гнезда» система застревает на этапе «семья с маленькими / подроженными детьми». Застревание системы обуславливает специфические сложности семейной динамики, особенно сепарационного процесса, что может влиять не только на личностное развитие приемного ребенка, но и на его последующую социализацию и построение собственной семьи [3]. Существующая программа сопровождения приемных семей не учитывает особенностей структуры семейных систем с кровной опекой и условно приравнивает отношения бабушка–внук к отношениям приемный родитель – приемный ребенок, что зачастую приводит к неэффективности оказываемой психологической помощи [2].

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью разработки психотерапевтической мишени для семей с кровной опекой по типу «бабушка-внук» и повышением эффективности работы служб сопровождения приемных семей. Цель исследования состоит в обнаружении взаимосвязи характеристик системы и специфики отношений в диаде бабушка-внук, для выявления возможности формирования оптимального типа родительского отношения при помощи психотерапевтической работы с семьей в рамках системной семейной психотерапии.

В соответствии с целями исследования было организовано эмпирическое исследование семейных систем с кровной опекой по типу «бабушка-внук». Основная гипотеза заключается в том, что дети, растущие в семьях с разными функциональными характеристиками семейной системы, имеют различные показатели личностного развития, а также социального и семейного взаимодействия.

Методологическую и теоретическую основу исследования составляют: концепция личности как системы отношений В.Н. Мясищева и положения структурной семейной психотерапии С. Минухина, а также

психологические концепции родительства (А.С. Батуев, Д.И. Добряков, А.Я. Варга).

Процедура исследования строится следующим образом. В Центре поддержки семьи и детства «Зюзино» г. Москва работает Служба Сопровождения Приемных Семей, где семьям с кровной опекой по типу «Бабушка-Внук», предлагается пройти тестирование на определение характеристик семейной системы и родительского отношения, а также производится комплексная диагностика приемного ребенка. Выборку исследования в настоящий момент составили 17 семей, где бабушки-дедушки, в возрасте от 51 до 71 года, воспитывают внуков, в возрасте от 8 до 17 лет.

В целях исследования было выделено три группы семей по типу «бабушка-внук».

Первый тип семей – это семьи, где родительское звено было утрачено в результате смерти от алкогольной или наркотической зависимости. Семьи этого типа отличаются наличием у прародителей «неудачного» родительского опыта, а у ребенка «синдрома приемного ребенка», что, как правило, подразумевает сниженную способность к установлению привязанности в сочетании с высокой зависимостью и склонностью к перекладыванию ответственности на других.

Второй тип – это семьи, где родители живы, но были лишены родительских прав по причине алкогольной или наркотической зависимости, или по причине асоциального образа жизни, или психиатрического диагноза. Семьи этого типа можно также обозначить термином «вынужденная опека», поскольку прародители, как правило, содержат ребенка с самого рождения, нередко испытывают чувство гнева и несправедливости в связи с необходимостью исполнять родительскую роль по отношению к внукам - находятся в эмоциональном разрыве со своими детьми. Третий тип семей – это семьи, где родительское звено было утрачено в результате болезни или трагической смерти. Семьи

данного типа, как правило отличаются перевернутой иерархией, где травмированный потерей ребенок вынужден управлять системой, а прародители не могут перестроиться в родительские роли.

Теоретический обзор современных взглядов на сопровождение приемных семей отражает необходимость учитывать динамические особенности структуры семейных систем. Семьи с разной структурой по-разному преодолевают кризисы, в том числе и подростковый кризис, и используют различные механизмы адаптации к внешним и внутренним изменениям [1]. Эти идеи подтолкнули исследование к анализу на уровне взаимосвязи между характеристиками семейной системы и типу родительского отношения в приемных семьях с кровной опекой по типу «бабушка-внук».

Научная значимость данного исследования определяется получением новых знаний о структуре, свойствах и закономерностях семейной системы в условиях отсутствия одного из структурных звеньев (родительского), что способствует углублению системного подхода к изучению семьи. Практическая значимость работы заключается в том, что результаты исследования могут применяться в различных областях практической деятельности: школа приемных родителей, служба сопровождения приемных семей, семейная психотерапия, работа по психологической коррекции приемных детей, направленная на формирование оптимальных детско-родительских отношений.

Литература:

1. *Варга А.Я.* Системная семейная психотерапия. – СПб., 2001.
2. Комплексная помощь семье с приемным ребенком: методическое пособие / Под ред. А.М. Щербаковой. - М., 2002.

3. *Ослон В.Н.* Влияние сиротства на формирование психического и телесного «я» ребенка-сироты и компенсаторные возможности замещающей семьи //Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 (7), No 2.

SPECIAL ASPECTS OF SYSTEMS WITH FAMILY ADOPTION

Asel Muzafarova

GBU Center for Support of Family and Childhood "Zyuzino"
Moscow, Russia

Key words: *extended family, family adoption, family system, adoptive parents, structural approach.*

Abstract: An extended family adoption occurs where a member of the child's family or a relative adopts the child. In the most cases, the relative adoption is a family system, where the functional role of a parent is accepted by the grandmother. Features of such systems are structural confusion, "stuck" in the life cycle of the family, as well as the emotional connection with the absent parent in the system. The significance of this research is determined by the receipt of new knowledge about the structure, properties and structures of the family system in the absence of one of the structural links (parental), which contributes to the deepening of the systemic approach to the study of the family. The results of the study can be applied in various areas of practice, such as family psychotherapy, the school of foster parents, the support of foster families, the work on the psychological correction of adopted children, aimed at the formation of optimal relations between parents and children.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ ОТКАЗ ОТ НОВОРОЖДЕННОГО

¹Т. Г. Ярославцева, ²Л.В. Лазарева

¹СРОО «Аистенок», МБУ ЕКПЦ

²СРОО «Аистенок»

г. Екатеринбург, Россия

В статье анализируется многолетний опыт работы организации, работающей с семьями, планирующими отказаться от новорожденного. Описывается «социальный портрет» женщины, заявившей об отказе и основные мотивы ее решения (как предъявленные - чаще социальные, так и более глубокие - психологические). Понятие «системный подход» рассматривается в нескольких значениях. С одной стороны, как организация комплекса мероприятий, направленных на всестороннюю помощь семье, оказавшейся в трудной жизненной ситуации. С другой стороны, отказ от новорожденного рассматривается с позиции анализа семейных систем. На примере 20-ти семей, работа с которыми шла на протяжении нескольких лет, описываются основные причины, приведшие семью к ситуации отказа от ребенка. Перед специалистами стояла задача не столько добиться изменения решения об отказе, сколько помочь семейной системе в восстановлении. Для этих семей ситуация отказа от новорожденного оказалась «точкой отсчета», позволившей за счет мобилизации внутрисемейных и привлечения внешних ресурсов справиться с кризисом.

Ключевые слова: профилактика социального сиротства, профилактика отказов от новорожденных, семья, планирующая отказ от ребенка, девиантное материнство, системный подход в социальной работе, семейная система.

В России интерес к проблеме родительской жестокости и пренебрежения нуждами ребенка возник достаточно недавно. Только в конце прошлого века стали появляться первые статистические данные о распространенности этих явлений в нашей стране [4].

Одним из вариантов проявления девиантного родительства является отказ от новорожденного (так называемый «скрытый инфантицид»). По данным разных авторов, частота случившихся отказов о новорожденных составляет около 0,5-1.% от общего количества родившихся детей. В среднем в год до 20 тысяч младенцев по стране оставляются своими родителями в роддомах.

Тема отказов новорожденных привлекает пристальное внимание специалистов не только в силу своего вопиющего противоречия с человеческими инстинктами, но и по причине трагических последствий происходящего для ребенка. «Отказные дети» составляют группу повышенного риска по формированию нервно-психических и соматических расстройств. Даже кратковременный разрыв с матерью является для маленького ребенка стрессом и может иметь тяжелые психологические и психические последствия в виде нарушения развития и поведенческих расстройств. Дети, являющиеся социальными сиротами, часто повторяют судьбу своих родителей, и, таким образом, пополняют порочный круг социального сиротства.

СРОО «Аистенок» (г. Екатеринбург) работает с семьями, планирующими отказ от новорожденных с 2004 года. За этот период удалось «анулировать отказы» по 129 детям, что в среднем составляет около 30% от заявленных случаев. Большинство этих семей поддерживают контакты со специалистами «Аистенка», находясь на разной степени активности сопровождении.

Системность в подходе к семье, планирующей отказ от новорожденного, давно стала одним из ключевых принципов

работы нашей организации. Однако, понятие «системный подход» можно трактовать по-разному.

Чаще оно является синонимом понятий «междисциплинарный», «комплексный», когда помощь семье оказывается с привлечением ресурсов нескольких организаций (учреждения здравоохранения, соц. защиты, НКО и др.). В этом случае под «системностью» подразумевается сотрудничество «внешних» систем в вопросах оказания семье помощи.

Разработаны и показали свою практическую эффективность алгоритмы ключевых этапов работы с ситуацией «скрытого инфантицида», описывающие основные цели, задачи и способы их достижения на каждом из этапов (поступление сигнала, первичная консультация, принятие решения, последующее сопровождение). В этом случае «системность» - это четкий алгоритм действий специалистов.[3,4]

Еще одно значение понятия «системный подход» раскрывает системная семейная терапия. Семья рассматривается, как «живой организм», в котором то, что происходит между людьми (общение, эмоции, отношения и т. д), не менее, а порой даже более важно, чем происходящее с каждым по отдельности. Как и любая биологическая система, семья подчиняется определенным законам и может быть исследована с учетом определенных параметров [2,7].

Мы уточняли у заявивших о желании отказаться от новорожденного, при каких условиях они были бы готовы все-таки оставить ребенка в семье. В группе передумавших указали как на главный ресурс «поддержку со стороны близких» 61,3% опрошенных. Фактически, эти женщины сказали: "ребенок останется с нами, если мое решение поддержит семья". Как правило, в этих семьях есть опыт помощи и поддержки близких в трудной ситуации. Женщина готова обращаться за помощью.

Почти треть женщин (31%) этой же группы сказали, что смогли бы сохранить ребенка в семье, если были бы психологически готовы к материнству. Для специалиста, работающего с "отказницей", это важный сигнал того, что женщина готова к более осознанному и глубокому разговору на тему "что такое быть матерью". С ней можно предметно обсуждать: к чему не готова совсем, а с чем могла бы справиться. Из туманного «я боюсь, потому, что не знаю, что с этим делать», разговор превращается в "это я знаю, этому еще нужно учиться, а в этом без посторонней помощи мне не обойтись". Фактически, от страхов мы переходим к плану действий.

В группе «отказниц» - только 38,0% сказали о важности поддержки семьи. Фактически это звучит, как "я буду решать свои проблемы сама. Мне не стоит рассчитывать на чью-то помощь, особенно родственников. Даже если они и помогут, то это может мне "дорого стоить". Такие психологические установки характерны для дисфункциональных семей

Только 3.2 % из женщин этой группы сказали, что сохранить ребенка им мешает "психологическая неготовность". Этот критерий практически не попадает для них в параметры, необходимые для принятия решения. Сложно говорить об осознанности, а, значит, ответственности. Действия, скорее, импульсивны. Такая позиция может быть проявлением слабой дифференцированности семейной системы, а, значит, ее дисфункциональности.

Главным условием сохранения ребенка женщины, все-таки отказавшиеся от новорожденного, называют «достаточное количество денег на него».

На примере 20 семей, планирующих отказ от новорожденного и находящихся на сопровождении «Аистенка», мы попытались рассмотреть не только общие характеристики этих семейных систем, но и особенности работы с семьей, сыгравшие важную роль в преодолении

кризиса. Стоит отметить, что перед специалистами не ставилась задача «во что бы то ни стало сохранить ребенка в семье», мы понимали, что в некоторых случаях это не возможно и даже опасно. Понимание этого помогало сохранять нейтральность и уважение к семейной системе, контролировать профессиональную позицию специалиста и давало силы для работы. Мы пытались видеть ресурсы каждого члена семьи, их взаимодействия и семейной системы в целом.

В данной выборке мы не встретили ситуаций «острого стресса». Практически все семьи находились в длительном стрессовом состоянии. Большинство женщин проживало со своими матерями (некоторые с сиблингами) и чаще всего (не зависимо от возраста) финансово от них зависели. С некоторыми проживали дети от предыдущих отношений.

17 из 20 женщин основной причиной отказа называли длительный конфликт с родителями (преимущественно матерью). Отец женщины в большинстве случаев занимал пассивную позицию. В семьях часто имело место домашнее насилие, нарушение супружеских отношений (в виде конфликтов, измен), алкоголизм. Свои отношения с родителями «отказницы» характеризовали напряженными, конфликтными, иногда конкурирующими. С отцом ребенка отношения чаще разрывались.[1,5,6]

В двух случаях женщины сами были сиротами и выросли в детских домах.

Что же сыграло роль в переменах, которые произошли в семьях сохранивших ребенка?

Ведущую роль – восстановление отношений с родительской семьей (14 случаев из 20). В 3-х случаях помогло некоторое дистанцирование, выход женщины «из детской позиции во взрослую». В 2-х важную роль сыграли старшие дети, взявшие на себя заботу о младшем и поддержку матери. В 2-х случаях бабушки новорожденных приняли решение избавиться от зависимости и успешно прошли

лечение, благодаря поддержке организации. Все эти перемены сыграли важную роль в стабилизации семейных систем.

На сегодня 6 детей живут в кровных семьях, 8 с родными матерями, но «новыми отцами», 3 под опекой бабушек, 3 воспитываются приемными родителями

Выскажем предположение, что ситуация «скрытого инфантицида», которую можно расценивать, как признак глубокого кризиса семейной системы, поставила семью перед выбором: сохранить ребенка и начать изменения либо, отказавшись от новорожденного, продолжить процессы межпоколенной передачи регрессии системы.

Таким образом, наш опыт показывает, что в работе с ситуациями заявленного отказа от новорожденного важна помощь не только матери ребенка, но и комплексный подход ко всей семейной системе. Это помогает не только сохранить новорожденного в семье, но и является профилактикой жесткого обращения, пренебрежения нуждами ребенка, вторичных отказов. Хочется привлечь внимание специалистов к необходимости дальнейшей разработки и внедрения технологий работы с семьями, заявившими о намерении отказа от новорожденного.

Литература:

1. *В.И. Брутман, А.Я.Варга, В.Ю.Сидорова, И.Ю.Хамитова* Предпосылки девиантного материнского поведения // Семейная психология и семейная психотерапия, 1999г., №3
2. *А.Я. Варга* Системная семейная терапия. Краткий лекционный курс. - СПб.: Речь, 2001.
3. Методические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации о Профилактике отказов от новорожденных 04.09.2014
4. Профилактика отказов от детей при рождении. Материалы для специалистов и руководителей систем здравоохранения и социальной защиты, органов опеки и

- попечительства. - М.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011
5. Статистика: социально-психологический портрет женщин, изъявляющих намерение отказа. - М.: Фонд профилактики социального сиротства, 2013.
 6. *Хамитова. И.Ю.* Исследование семейных предпосылок девиантного материнского поведения. Доклад на Открытом заседании Общества семейных консультантов и психотерапевтов 24.06.2010.
 7. *Черников А.В.* Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. - М.: Класс, 2001.

**A SYSTEMATIC APPROACH TO WORKING
WITH THE FAMILY
PLANNING WAIVER NEWBORN**

Tatiana Yaroslavtseva¹, Larisa Lazareva²

¹Sverdlovsk regional non-governmental organization “Aistenok”,
Yekaterinburg Clinical Perinatal Center

²Sverdlovsk regional non-governmental organization “Aistenok”,
Yekaterinburg, Russian Federation

Key words: *Prevention of social orphanhood, prevention of abandonment of babies, work with family planning to surrender their child, deviant motherhood, system approach in social work, family system.*

Abstract: The article provides an analysis of many years of work the organization has conducted with families planning to surrender their child. It describes a “social portrait” of a woman applying for child abandonment and the main motives she has for doing so (the reasons stated – more often social, but also deeper personal problems). The term “system approach” is presented from

a number of perspectives. Firstly, it is a complex of actions aimed at providing all-round help to the family that found itself in a harsh situation. Secondly, baby abandonment is viewed from the perspective of family system analysis. Through an example of 20 families that have been in work for a number of years, the article describes the main reasons that led the family to the situation where they have to abandon their baby. The organization's specialists worked with every member of the family, and their aim wasn't to persuade the family to keep their baby as much as to restore of the family system overall. For those families the situation of baby abandonment became the starting point that helped them to overcome the crisis through mobilizing family resources and getting help from the outside.

ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, СТОЛКНУВШЕЙСЯ С ПРОБЛЕМОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СЕМЬЯ И СОЗАВИСИМОСТЬ

В.Д. Москаленко

ФГБУ «Федеральный исследовательский медицинский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
(г. Москва, Россия)

Семья больного зависимостью является дисфункциональной. Основные признаки дисфункции заключаются в отрицании проблемы, нарушении взаимоотношений, закрытости семейной системы и нарушении личностных границ у всех членов семьи. У взрослых членов семьи развивается созависимость.

Взаимоотношения супругов далеки от партнерских, они скорее доминантно-подчинительные. Каждый из супругов пребывает попеременно спасателем, преследователем, жертвой. Сходство проявлений зависимости и созависимости: охваченность сознания предметом зависимости, утрата контроля, отрицание как психологическая защита, низкая самооценка, использование агрессии физической или вербальной, психосоматические заболевания. Цели психотерапии семьи могут быть направлены на превращение дисфункциональной семьи в функциональную либо, по меньшей мере, лечение созависимости у отдельных членов.

Ключевые слова: *дисфункция семьи, зависимость, семейная система, созависимость, низкая самооценка, контролирующее поведение, негативные эмоции, психосоматика, сходство зависимости и созависимости.*

Семьи больных зависимостями относятся к числу дисфункциональных семей. **Дисфункциональную** семью отличают такие признаки.

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Недостаток теплых душевных взаимоотношений.
3. Замороженные правила и роли.
4. Конфликтные отношения.
5. Обязательное единство чувств («Если мама сердится, то сердятся все») и точек зрения («быть другим, значит, быть плохим»).
6. Нарушение границ. Они либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами.
7. Секрет семьи должен поддерживаться всеми, создание видимости псевдоблагополучия.
8. Склонность к полярности чувств и суждений («Я жила на качелях из ада в рай», суждения дихотомические либо «да», либо «нет», пропуск «может быть»).
9. Закрытость семейной системы.

10. Особое значение воли и контроля, власть принадлежит одному человеку, мнения других членов семьи малозначимы.

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам. Вот некоторые из них.

1. Взрослые – хозяева ребенка.
2. Только взрослые определяют, что правильно, что неправильно.
3. Подразумевается, что ребенок отвечает за то, что родитель сердится.
4. Родители держат эмоциональную дистанцию с детьми.
5. Воля ребенка, которая расценивается как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.

Психолог Клаудиа Блэк, работавшая с детьми алкоголиков, определила правила дисфункциональной семьи в виде трех «не»: не говори, не чувствуй, не доверяй.

Задача семейной психотерапии - способствовать изменениям во взаимоотношениях, постепенно двигаясь к правилам функциональной, здоровой семьи.

Функциональные семьи имеют следующие характеристики.

1. Проблемы признаются и решаются.
2. Поощряется свобода восприятия, мысли, обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода выбора и творчества.
3. Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся.
4. Члены семьи умеют заботиться о себе и не нуждаются в гиперопеке.
5. Родители делают то, что говорят.
6. Роли в семье выбираются, а не навязываются.
7. В семье есть место развлечениям.
8. Ошибки прощаются, на них учатся.
9. Семейная система открыта для новых идей и существует для развития человека, а не наоборот.

10. Правила семьи гибкие, их можно обсуждать.

Взрослые члены дисфункциональных семей страдают созависимостью. Основные признаки созависимости: низкая самооценка, непреодолимое желание контролировать жизнь других, желание спасать других. При этом они неизбежно попеременно пребывают в ролях спасателя, преследователя, жертвы. В сфере чувств большое место занимают тревога, страх, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, паника, гнев, ненависть. Созависимые используют все формы психологической защиты, но в первую очередь отрицание проблемы у себя, минимизацию проблемы зависимого человека. По мере прогрессирования созависимости развиваются телесные недуги психосоматического характера. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости состоит в том, что в обоих состояниях наблюдается охваченность сознания предметом зависимости, трудно преодолимая психологическая защита, утрата контроля, агрессия либо физическая, либо вербальная, преобладание тягостных, так называемых отрицательных чувств, рост толерантности либо к веществу, либо к эмоциональной боли. Течение обоих состояний рецидивирующее. Физическое здоровье страдает от сходных проблем. Из сопутствующих психических нарушений наиболее частым является депрессия. Отношение к лечению поначалу отказное. И зависимость, и созависимость представляют собой длительное хроническое страдание. Каждое из них требует терапии. Лучшим исходом терапии было бы оздоровление всей семейной системы, достижение качеств функциональной системы. Однако лечение отдельно взятого члена семьи от созависимости облегчает не только его страдания, но и положительно влияет на всю семейную систему. Если один из супругов страдает зависимостью, а второй супруг созависимостью, то лучшей профилактикой возникновения аналогичных расстройств у детей будет лечение обоих членов супружеской пары.

DYSFUNCTIONAL FAMILY AND CODEPENDENCY

Valentina Moskalenko

Federal research medical center of psychiatry
and addiction after V.P. Serbsky
Moscow, Russia

Keywords: *dysfunctional family, addiction, family system, codependency, low self-esteem, controlling behavior, negative emotions, psychosomatic disturbances, similarity of addiction and codependency.*

Abstract: The experience of family therapy in the rehab clinic for adult substance abusers is presented. Specific features of therapy at different stages of rehabilitation using the structural approach in S. Minukhin and the transgenerational approach of M. Bowen are described. At the stage of the patient's adaptation to the rehabilitation center, the main tasks of the system therapist are joining to the family, building a primary family hypothesis and strengthening the boundaries inside the family. At the integration stage, the psychologist contributes to the formation of new forms of family interaction. At the stabilization stage, therapeutic work can be directed toward the emotional separation of the patient from the parent family and the alignment of the boundaries between the family subsystems. Therapeutic work with the family in a rehabilitative clinic facilitates the transformation of family interaction and reduces the risk of the patient returning to the substances abuse.

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОТ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОПЫТ РАБОТЫ В КЛИНИКЕ

М.В. Архипова¹, О.В. Максимова²

¹частнопрактикующий системный семейный психотерапевт,
клинический психолог

² частнопрактикующий системный семейный психотерапевт
г. Москва, Россия

Доклад посвящен опыту психотерапевтической работы с семьей взрослого человека, страдающего от химической зависимости, в условиях реабилитационной клиники. Описаны особенности терапии на разных этапах реабилитации с использованием структурного подхода в С. Минухина [1, 4] и трансгенерационного подхода М. Боуэна [2]. На этапе адаптации пациента к реабилитационному центру основными задачами системного терапевта являются присоединение к семье, составление первичной семейной гипотезы и постепенное укрепление внутрисемейных границ. На этапе интеграции психолог способствует формированию новых форм семейного взаимодействия. На этапе стабилизации терапевтическая работа может быть направлена на эмоциональное отделение пациента от родительской семьи и выстраивание границ между семейными подсистемами. Терапевтическая работа с семьей в условиях реабилитационной клиники способствует трансформации семейного взаимодействия и снижает риск возвращения пациента к употреблению психоактивных веществ.

Ключевые слова: *системная семейная психотерапия, химическая зависимость, реабилитация людей, страдающих от химической зависимости.*

В настоящее время практика психотерапевтической работы с семьей в процессе реабилитации химически зависимых лиц во многом находится на этапе своего становления. В докладе представлен опыт проведения системной семейной терапии в рамках работы реабилитационного центра для химически зависимых. Анализируются особенности работы с семьей на различных этапах реабилитации.

Психотерапевтическая работа осуществлялась на базе негосударственного социально-реабилитационного центра для взрослых людей, имеющих химическую зависимость. Реабилитационный процесс основывался на принципах функционирования терапевтического сообщества с элементами программы «двенадцать шагов» [3].

Проведение системной семейной терапии в рамках реабилитационного центра имеет свои особенности. Во первых, родственники пациентов на начальном этапе характеризуются низкой мотивацией на психологическую работу и стремлением передать ответственность за преодоление зависимости помогающим специалистам. Таким образом, вовлечение членов семьи в процесс реабилитации, их мотивация на участие в терапевтической работе становится отдельной задачей.

Кроме того, терапевтическая работа должна выстраиваться с учетом логики реабилитационного процесса и его основных этапов, к которым можно отнести адаптацию пациента, к реабилитационному центру, его интеграцию и на завершающем этапе стабилизацию достигнутых в ходе лечения результатов (от 5 до 9 месяцев).

После реабилитации проводится постлечебное сопровождение, которое рассчитано на период в три месяца.

На каждом из перечисленных этапов терапевтическая работа с семьей имеет свои особенности.

Пациент поступает на лечение в реабилитационный центр, где проходит основной курс реабилитации после детоксикации. Помимо фармакологического лечения этот этап предполагает также консультации с наркологом, психиатром и медиками общего профиля для постановки диагноза и выявлениями сопутствующих заболеваний психического и соматического характера. В случае необходимости сопровождение психиатра продолжается на протяжении всей реабилитации.

На этапе адаптации (в среднем до 3 месяцев) пациент поступает в стационар, где проходит его знакомство с терапевтической группой, с сотрудниками клиники (консультантами по химической зависимости и психологами), а также с основными правилами и границами взаимодействия в клиники.

Индивидуальная, лекционная и групповая работа на этой стадии направлена на формирование критики к заболеванию и переоценки используемых пациентом в жизни стратегий поведения.

Можно выделить следующие задачи работы семейного терапевта с родственниками на данном этапе:

- присоединение к семье, составление первичной системной гипотезы;
- информирование родственников о состоянии пациента;
- постепенное укрепление внутрисемейных границ (учитывая готовность членов семьи к изменениям).

На этапе интеграции (в среднем до 3 месяцев) назначаются первые семейные сессии, которые часто являются первым опытом трезвого общения для пациента за достаточно долгое время. Сессии могут быть сопряжены с рядом тяжелых чувств, таких как гнев, стыд, вина, обида и т.д. На первых семейных встречах часто всё еще обсуждаются вопросы, связанные с мотивацией на преодоление

зависимости, а сами встречи характеризуются высоким уровнем семейной напряженности.

Задачи семейного терапевта на данном этапе работы заключается в активной помощи семье в преодолении кризиса и формировании новых форм семейного взаимодействия и укреплении внутрисемейных границ. Терапевтическая работа может проводиться в логике структурного подхода С. Минухина [1, 4]. Основными темами семейных консультаций является тема границ и правил в семье, так как пациент после выписки из центра чаще всего возвращается жить в семью. Постепенно создается основа для психологического отделения пациента от семьи.

На этапе **стабилизации** (завершающий этап реабилитации в среднем от 5 до 9 месяцев) еще могут возникать задачи связанные с укреплением мотивации на лечение. В то же время, с точки зрения теории семейных систем М. Боуэна на этом этапе мы наблюдаем снижение эмоциональной реактивности. Семья становится способна конструктивно обсуждать эмоционально напряженные темы.

На этой стадии может быть полезна индивидуальная работа в логике трансгенерационного подхода [2], направленная на помощь в эмоциональной сепарации пациента от родительской семьи и осознание паттернов семейного взаимодействия, влияющих на развитие химической зависимости.

В то же время, на этом этапе возможна и работа в логике структурного подхода. В этом случае, семейные сессии и направлены на выстраивание границ между семейными подсистемами, трансформацию вертикальных и горизонтальных отношений в семье.

Постлечебное сопровождение, проводящееся амбулаторно, рассчитано на период в три месяца. Основной задачей программы является социальная адаптация пациента, поддержание трезвости, дальнейшее развитие отношений в

кругу семьи. Задачей семейного психотерапевта на этом этапе является помощь родственникам в применении новых форм взаимодействия, выработанных в реабилитационном центре, в условиях повседневной жизни в семье.

Заключение. В докладе мы описали процесс психологического сопровождения семьи с химически зависимым и роль системного семейного терапевта на каждом из этапов терапии в рамках реабилитации. На основании опыта семейной терапии в условиях реабилитационной клиники для зависимых взрослых, можно сделать вывод о необходимости комплексного подхода, предполагающего сочетание психиатрического лечения, наркологического лечения, и семейной психотерапии. Психотерапия семьи, имеющей химически зависимого родственника, в условиях реабилитационной программы дает возможность на изменения взаимодействия в семье, что снижает риск рецидива на возвращение к употреблению психоактивных веществ.

Литература:

1. *Архипова М.В. Фарих Е.Н.* Системная работа с семьей в условиях реабилитационного центра для химически зависимых: структурный подход // От индивида к системе: консультирование и психотерапия. Выпуск 2. Под редакцией Базаровой Г.Т. М. Ин-т. практической психологии (НИУ ВШЭ) 2017 с. 31.
2. *Боуэн М., Бейкер К.* Теория семейных систем Мюррея Боуэна. М. Когито-центр, 2005. – 496 с.
3. *Даулинг С.* Психология и лечение зависимого поведения — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 240 с.
4. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2012. – 304 с.

**THE FAMILY SYSTEM THERAPY ON DIFFERENT
STAGES OF REHABILITATION PROCESS:
EXPIRIENCE OF WORKING IN REHAB CENTER**

Marina Arhipova¹, Olga Maximova²

¹ family sytem therapist. clinical psychologist

² family sytem therapist

Moscow, Russia

Keywords: *family system therapy, chemical addiction
rehabilitation of people suffering from chemical addiction.*

Abstract: The experience of family therapy in the rehab clinic for adult substance abusers is presented. Specific features of therapy at different stages of rehabilitation using the structural approach in S. Minukhin and the transgenerational approach of M. Bowen are described. At the stage of the patient's adaptation to the rehabilitation center, the main tasks of the system therapist are joining to the family, building a primary family hypothesis and strengthening the boundaries inside the family. At the integration stage, the psychologist contributes to the formation of new forms of family interaction. At the stabilization stage, therapeutic work can be directed toward the emotional separation of the patient from the parent family and the alignment of the boundaries between the family subsystems. Therapeutic work with the family in a rehabilitative clinic facilitates the transformation of family interaction and reduces the risk of the patient returning to the substances abuse.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

А.А. Давыдкова

Детский наркологический центр МНПЦ Наркологии
г. Москва, Россия

Структура работы с подростками в Детском наркологическом центре позволяет включать их родителей или родственников на начальном этапе в лечебно-реабилитационный процесс, а также продолжить совместную семейную работу позднее, находясь на диспансерном наблюдении. Таким образом, совместное участие в психологической работе способствует переходу семьи на более здоровый тип функционирования.

Ключевые слова: *реабилитационная программа, организация, подростки, семья, Детский наркологический центр.*

Зависимость – это системное заболевание [3,7], затрагивающее семью в целом. Фактором, который приводит к формированию склонности к саморазрушительному поведению, является созависимая семья.

Часто мотивацией наркологического пациента на изменения образа жизни служат последствия употребления ПАВ. Последствия от употребления ПАВ возникают в большей степени у родителей: напряженные отношения с подростком, проблемы в школе и с правоохранительными органами. Особенность созависимых лиц состоит в неспособности отделить себя от «другого», выделить свою долю ответственности. Поэтому, родители, демонстрируя гиперответственность за своего ребенка, передают другим

ответственность за изменение не устраивающей их ситуации, в том числе врачу, психологу. Они ожидают, что либо зависимый «сам все поймет и исправится», либо специалисты воздействуют на «носителя всех проблем в семье», причем в правильном с точки зрения созависимого направлении [4,31]. Родители часто испытывают сильную тревогу и на этом фоне сопротивляются включению их в реабилитационный процесс. В результате многие родители отказываются от своего участия в программе. А подросток зачастую, пройдя курс лечения, возвращается к аддиктивному поведению.

Таким образом, эффективность лечения пациентов с наркологическими расстройствами зависит от степени включенности семьи в реабилитационный процесс. В связи с этим работа с семьей организована таким образом, чтобы у членов семьи был выбор, каким способом включиться в лечебный процесс. Предлагается мультисемейная групповая работа, где участвуют несколько семей с детьми и одновременно, семейная психотерапия. Кроме того, родители могут посещать групповые сеансы психотерапии и индивидуальные сеансы психотерапии для родственников пациентов. На всех этапах работы с пациентами используется системный подход.

Мультисемейная группа – это живое пространство, в кругу которого каждый раз уникально разыгрывается встреча взрослых и подростков, родителей и их детей.

Основная цель пространства - решение проблем, связанных с взаимоотношениями в семье. Это пространство дополнительно дает:

- возможность обмениваться опытом, между семьями,
- возможность получать психологическую поддержку и взгляд со стороны,
- обсуждение определенных тем, получение необходимой информации, связанной с зависимым

поведением, а также проблем, связанных с процессом воспитания,

- возможность самораскрытия в новой безопасной обстановке,
- возможность осознания своих действий и своего участия в создавшейся ситуации, и поиск новых решений проблем,
- научение через соблюдение правил, и отработку навыков общения сохранять уважение к себе и окружающим.

На мультисемейной группе присутствует консультант по химической зависимости - человек прошедший путь употребления ПАВ и получивший опыт выздоровления, сохраняющий трезвость на протяжении многих лет. Это делает возможным взглянуть на проблему с другой стороны, способствует возникновению надежды и понимания переживаний зависимого человека.

Формат группы с подростками каждый психолог организует по-своему, это могут быть арт техники и методики, упражнения и игры, направленные на взаимодействие и узнавание друг друга, обсуждение интересных тем, а также свободное психодинамическое пространство, где особенно видны способы коммуникации между членами семьи, что дает возможность в реальности отследить и прожить привычное поведение, услышать мнение и взгляд других участников группы.

С подростками еженедельно проводятся занятия по телесно-ориентированной психотерапии. Через отреагирование базовых эмоций, осознание проблем и проигрывание нового опыта происходит улучшение в эмоциональной сфере и выход на новый уровень поведения и взаимоотношений [2]. С родителями пациентов также организуются интенсивные группы по телесно-ориентированной психотерапии 1 раз в квартал.

Химическая зависимость – болезнь невыраженных чувств, в силу обстоятельств и употребления ПАВ [3]. Поэтому важной частью работы на протяжении всей лечебно-реабилитационной программы, как с подростками, так и с их родителями является осознание и называние своих чувств. Это дает возможность, замечать и узнавать себя, понимать, как эти чувства влияют на отношения и разрушают их. Осознавание, замечание себя, дает смысл делать для себя лучший, осознанный выбор в жизни, идущий от сердца, и повышать качество жизни.

Родители пациентов часто страдают от невозможности получать помощь, разочарованны в себе и подростке, при повышенной эмоциональной ранимости не выдерживают обиды и раздражения на ситуацию, обвиняют. Они перегружены эмоционально, имеют трудности в понимании себя и человека рядом, однако часто отрицают внутриличностные проблемы. В связи с чем, им необходимо особое внимание, человеческое участие и поддержка, наряду с озвучиванием правды их роли, и обязанностей как родителя.

Подростку, который в условиях стационара часто чувствует себя «жертвой злой воли», в заточении «опасных» взрослых, также необходима поддержка и участие родителя, не только в положенные встречи по выходным, но и участие в психологических мероприятиях. Неоднократно замечено, что процесс изменений у подростка более продуктивен при активной включенности близких родственников в работу над собой.

Однако в групповой работе стационара есть много сложностей, таких как частое обновление состава группы, в результате чего смешиваются психологически опытные участники с «новичками». Насколько это может продвигать новых участников, настолько бывают случаи «застревания» на вопросах, не интересующих участников с длительным опытом посещения групп.

Определенные сложности связаны также с краткими сроками нахождения на лечении из-за которых результат бывает недостаточно устойчив, как в отношениях между родителями и детьми, так и в отдельной индивидуальной работе взрослого и ребенка. Ведь только при длительном, совместном участии возможны эффективные результаты работы.

Частая смена состава тоже пагубно влияет на настроение и атмосферу группы, т.к. сложно удерживать доверительный контакт, и каждая группа, словно заново должна объяснять цели и задачи группы. Были случаи, когда родители выражали недовольство методами работы специалистов диспансера. Этот пример сопротивления родителей, демонстрирует не возможность эмоционально переосмыслить происходящее, бессилие, толкающее на обесценивание помощи. Часто родители упорны в желании «отлечить» ребенка, и не возможностью увидеть свою ответственность в происходящем, что заставляет их искать виноватых, и доказывать себе невозможность изменений.

Важно, чтобы родитель в работе с психологом, был ориентирован в первую очередь на изменения в себе. Это гарантия понимания другого через себя, свой опыт. Поэтому участие родителей в групповой психотерапевтической работе и индивидуальной психотерапии имеет особое значение. Отмечено, что посещение родителями групповых психотерапевтических занятий, снижает у них уровень тревоги. Позже они охотнее включаются в семейную психотерапию, происходит уменьшение слияния между членами семьи повышает степень их дифференциации, позволяет выходить на более взрослый уровень общения с подростком. Во взаимоотношениях родитель обучается выдерживать критику подростка, ведь только при критическом взгляде на родителя подросток может стать отдельной личностью, способной использовать свой потенциал [5].

Часто на лечение в стационар попадают усыновленные дети, которые об этом не знают. В таких семьях все члены хранят тайну и демонстрируют обман ребенку. Такой «тайный сговор», травмирует ребенка. Правда чувствуется, но не называется. Правда отыгрывается, но отрицается [1]. В связи с этим проводится дополнительная работа с родителями, целью которой является создание в семье атмосферы способной стать опорой для ребенка, при принятии правды его истинного происхождения.

В работе с семьей зависимых подростков важны такие факторы как системность и периодичность встреч, а также возможность подойти к проблеме с разных сторон психологической работы, т.е.: семейные сессии, индивидуальные сессии (отдельно как для подростка, так и для родителя), групповые виды работ (группа только для родителей), лекционные занятия, а также дополнительные, городские группы для созависимых родственников, группы Нар – Аннон, Ала- Нон и ВДА.

Преемственность детского наркологического отделения с амбулаторным детским наркологическим диспансером позволяет подросткам и их родителям продолжить начатое медикаментозное и психологическое лечение уже по амбулаторной программе, где также акцент делается на системном семейном подходе. Совместные еженедельные психолого-педагогические конференции позволяют сотрудникам обмениваться методами работы с семьей и формировать дальнейший план ведения пациента и его семью.

Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством специалистов. Поэтому семейная диагностика и психотерапия являются составной частью реабилитационной программы. Вовлечение родителей пациентов в реабилитационный процесс – важнейшее условие перехода семьи на более здоровый тип функционирования.

Литература:

1. Бебчук М., Жуйкова Е. Помощь семье: психология решений и перемен. -М: «Класс», 2015.
2. Боаделла Д. Биосинтез. Потоки жизни. – М., 2011.
3. Москаленко В. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2015.
4. Манухина Н. Созависимость глазами системного терапевта. -М: «Класс», 2011;
5. Теория семейных систем Мюррея Боуэна, Основные понятия, методы и клиническая практика, Москва, Когито-Центр, 2015;

ORGANIZATION OF WORK WITH A FAMILY DURING REHABILITATION PROGRAM FOR THE ADOLESCENTS

Ada Davydkova

Child Narcology Center
Moscow, Russia

Keywords: *rehabilitation program, adolescents, family, Child Narcological Center.*

Abstract: The structure of the adolescents treatment in the Child Narcological Center allows to include parents or relatives of adolescents in the treatment and rehabilitation process at the initial stage, and also continue family work together later while being on dispensary supervision. Joint participation into a psychological work helps family to transit to a more healthy type of functioning.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА СЕПАРАЦИИ ОТ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

К.М. Леонова

НИУ «Высшая школа экономики»
г. Москва, Россия

В статье представлены результаты исследования особенностей сепарации взрослых людей, страдающих химической зависимостью, проведенного на базе нескольких реабилитационных клиник. Исследование основано на теоретических положениях системной семейной терапии. Гипотеза исследования состоит в том, что наркотизация связана с нарушением сепарационных процессов в семье. Для проверки гипотезы использовались проективные в том числе рисуночные методики. Анализ полученных эмпирических данных показывает, что большинство взрослых испытуемых с химической зависимостью изобразили себя на рисунке семьи, как детей своих родителей, а не как взрослых самостоятельных людей. Кроме того, выявлено, что отношение взрослых детей, страдающих химической зависимостью, к своим родителям характеризуется очень высокой эмоциональной интенсивностью – от идеализации до демонизации родительских фигур. Таким образом, результаты исследования подтверждают гипотезу о незавершенности сепарационных процессов в семье химически зависимых.

Ключевые слова: *химическая зависимость, сепарация, семейная система, детско-родительские отношения.*

Химическая зависимость встраивается в функционирование всей семейной системы, в частности влияет на ход сепарационных процессов. На отечественной

выборке проведено не так много исследований, посвященных отношениям взрослых людей, страдающих зависимостью, и их родителей. В настоящей статье представлено исследование особенностей протекания сепарационных процессов у людей, страдающих химической зависимостью. с помощью проективных методик

Роль химической зависимости в процессе сепарации.

Сепарация от родителей представляет собой длительный процесс трансформации отношений, постепенный переход от отношений власти «родитель – ребенок» к равенству «взрослый – взрослый». С точки зрения развития семейной системы этот процесс характеризует переход семьи на новую стадию жизненного цикла – так называемую стадию «опустевшего гнезда», когда взрослые дети покидают родительский дом, и семья возвращается к диаде. На сегодняшний день принято считать, что здоровый процесс сепарации связан с движением к равенству и взаимному уважению с сохранением теплых эмоциональных отношений между взрослыми детьми и родителями [3].

Н. Е. Харламенкова, Е. В. Кумыкова, А. К. Рубченко в своей книге «Психологическая сепарация» выделяют следующие критерии успешной сепарации:

1. Позитивное самоотношение, понимание собственных границ, дифференцированность представлений о себе, составляющие понятие «Целостности Я»;
2. Адекватное представление о Другом, в том числе о родителях, принятие другого;
3. Способность при посягательстве на самостоятельность адекватно выражать свои чувства, в том числе негативные, эмоционально откликаться на разлуку, критику, неодобрение;
4. Способность не искать одобрения жизненных планов другими людьми, выдерживать ожидание;
5. Отсутствие девиантного поведения, включая злоупотребление алкоголем и (или) наркотиками [8].

Таким образом, некоторые исследователи рассматривают химическую зависимость как нарушение процесса сепарации от родительской семьи. Наркотизация ребенка позволяет семье сохранить гомеостаз и избежать кризиса, связанного с переходом на следующую стадию жизненного цикла - стадию «опустевшего гнезда» или «отлучения, отвыкания родителей от детей» [6]. Особенно сложным оказывается преодоление такого кризиса в семье, где отношения родителей выстроены вокруг родительских функций. Представители стратегического направления в системной семейной психотерапии Джей Хейли и Клу Маданес утверждают, что наркотизация, наряду с психическими заболеваниями, является следствием непреодоленных трудностей, возникших при прохождении семейной системой предыдущей стадии жизненного цикла [6].

Злоупотребление алкоголем или наркотиками, нарушения пищевого поведения могут по мнению Ф. Жамме выступать как защита от близости с родителем, которую подросток воспринимает как «угрозу вторжения» [5]. Наркотизация также может служить доступным способом разрыва связи между детьми и родителями, когда другие возможности отделиться не срабатывают.

На первый взгляд, служащая целям создания эмоциональной дистанции, наркотизация парадоксальным образом приводит к обратному эффекту: усилению зависимости ребенка от родителей, поскольку функционирование ребенка снижается, он все больше теряет самостоятельность. Таким образом, часто наркотизация и другие девиации становятся способом не отделяться от родительской семьи, «доказать миру свою несостоятельность и обеспечить семью необходимостью заботиться о себе» [1].

С точки зрения стратегического подхода в системной семейной психотерапии наркотизация ребенка способствует формированию в семейной системе отношений

инверсированной иерархии, в которой ведущая роль отводится носителю симптома – страдающему алкоголизмом или наркоманией ребенку [6].

Проведенное на базе нескольких реабилитационных центров исследование детско-родительских отношений, подтвердило выдвинутую первоначально гипотезу о наличии серьезных затруднений сепарационных процессов у лиц, страдающих химическими зависимостями.

Эмпирическая база исследования. В исследовании приняли участие 37 взрослых испытуемых в возрасте от 24 до 60 лет, 24 мужчины и 13 женщин, страдающих алкогольной и (или) наркотической зависимостью. Все испытуемые на момент обследования находились в ремиссии сроком от 7 дней до 7 лет.

Процедура исследования. Испытуемым предлагалось выполнить «Рисунок семьи»; ответить на вопросы оригинальной анкеты относительно особенностей детско-родительских отношений, актуальной семейной ситуации и химической зависимости; и заполнить методику Сакса Леви «Незаконченные предложения». В выполнении проективного рисуночного теста «Рисунок семьи» участвовали 29 испытуемых - 11 женщин и 18 мужчин. Рисунки оценивались по критериям, приведенным в руководстве для оценки психологических рисуночных тестов Венгера А.Л., с учетом возраста испытуемых и исследовательских задач [2].

Результаты. Выполняя инструкцию «Нарисуйте на этом листе всю свою семью» 18 из 29 взрослых испытуемых нарисовали себя, стоящими в ряд со своими родителями. При этом на многих рисунках изображены в линейку пожилые родители, сами испытуемые и их дети. Супруги испытуемых на таких изображениях отсутствовали, даже если сведения о них значились в анкетах, а сами испытуемые выглядели скорее детьми своих родителей, чем родителями своих детей.

Важно отметить, что свидетельствовать о незавершенности сепарационных процессов может как

выраженное слияние между родителями и детьми, полное отождествление, присутствующее в приведенных выше примерах, так и эмоциональные разрывы между детьми и родителями. С таким явлением мы сталкиваемся, наблюдая отдельные рисунки, где испытуемые изображены подчеркнуто изолировано от родительской семьи. Причем родители нарисованы в центре, а испытуемые внизу или с самого края листа.

Особого внимания заслуживают и те немногочисленные рисунки, где испытуемые изображены в окружении супругов и детей. Их отличает выраженная небрежность, схематичность, в то время как большая часть рисунков, изображающих испытуемых с родителями, выполнена с существенно большей тщательностью.

Почти ни у кого из изображенных на рисунках персонажей не прорисованы кисти рук, что может свидетельствовать об отсутствии или недостатке эмоционального общения в семье.

Анализируя неоконченные предложения, мы можем говорить о крайне высокой эмоциональной интенсивности отношений между зависимыми взрослыми и их родителями, особенно матерями. У 6 из 28 испытуемых мы встречаем высказывания, идеализирующие мать, такие как «Моя мать – мой идеал», «Моя мать и я – навечно и навсегда», «Моя мать драгоценная, моя жизнь», «Моя мать – моя душа», у 14 – негативно характеризующие – «Моя мать жестокая», «Считаю, что большинство матерей ненавидят своих детей», «Моя мать и я несовместимы», «Я люблю свою мать, но я не люблю свою мать», «Я люблю свою мать, но она меня не любит», «Я люблю свою мать, но где-то очень глубоко в душе». Семь испытуемых говорят о непонимании, которое они встречают со стороны матерей. При этом лишь двое сетуют на непонимание со стороны отцов.

Как идеализация родительских фигур, так и выраженный негативизм – гнев, раздражение, обиды,

желание, чтобы родители что-то признали и изменили свидетельствуют о незавершенности сепарационных процессов. Такие явления были выявлены у 20 из 28 испытуемых. Важным диагностическим критерием в данном случае служит не столько характер и направленность детско-родительских отношений, сколько их интенсивность.

Выводы. Приведенные выводы подтверждают наблюдения, ранее представленные в работах отечественных семейных терапевтов – А.Я.Варги [1], В.Д.Москаленко [7], о сложности и интенсивности процессов сепарации в семьях людей, страдающих зависимостью.

Приведенные результаты могут быть использованы в практической работе с химически зависимыми и их семьями.

Литература:

1. *Варга А.Я.* Сепарация. Что это и зачем она нужна? // <https://psynavigator.ru/publikacii/187> (дата обращения: 16.08.2017)
2. *Венгер А.Л.* Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М: Владос-пресс, 2003. – 160
3. *Дзукаева В.П.* Культурно-специфические и семейные факторы сепарации от родительской семьи в юношеском возрасте: дис. ... к.пс. наук / В.П.Дзукаева. М, 2016. 263 с.
4. *Дубинская В.* О чувствах в психотерапии. Сепарация. М.: 2011. – 280 с.
5. *Жамме Ф.* Соединение внутренней и внешней реальности при создании терапевтических условий для подростков, страдающих серьезными поведенческими расстройствами // Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами. М.: Когито-Центр, 2007. С. 43–76.

6. *Маданес К.* Стратегическая семейная терапия. М.: Независимая фирма Класс, 1999. 272 с.
7. *Москаленко В.Д.* Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕР СЭ, 2009. 129 с.
8. *Харламенкова Н.Е., Кумыкова Е.В., Рубченко А.К.* Психологическая сепарация: подходы, проблемы, механизмы. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. 367 с.

**THE PROCESS OF SEPARATION FROM THE
PARENTAL FAMILY OF PEOPLE SUFFERING FROM
ALCOHOL OR DRUG ADDICTION**

Ksenia Leonova

National Research University “Higher School of Economics”
Moscow, Russia

Keywords: *addiction, separation, family system, parent-child relationships.*

Abstract: The experience of family therapy in the rehab clinic for adult substance abusers is presented. Specific features of therapy at different stages of rehabilitation using the structural approach in S. Minukhin and the transgenerational approach of M. Bowen are described. At the stage of the patient's adaptation to the rehabilitation center, the main tasks of the system therapist are joining to the family, building a primary family hypothesis and strengthening the boundaries inside the family. At the integration stage, the psychologist contributes to the formation of new forms of family interaction. At the stabilization stage, therapeutic work can be directed toward the emotional separation of the patient from the parent family and the alignment of the boundaries between the family subsystems. Therapeutic work with the family in a rehabilitative clinic facilitates the transformation of family interaction and reduces the risk of the patient returning to the substances abuse.

ОБУЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ИНТЕГРАЦИЯ ИДЕЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В.Ю. Каширина¹, Е.Б. Жуйкова²

¹Институт интегративной семейной терапии,
Центр психологических решений "На Троицкой"

²Институт Интегративной Семейной Терапии,
ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва,
Россия

г. Москва, Россия

Студенты (здесь и далее специалисты, имеющие высшее образование и повышающие квалификацию в сфере системной психотерапии), обучаясь принципам системности, изучают их не только теоретически, но и через погружение в системные взаимодействия: собственные семейные, профессиональные, в отношениях с клиентскими семьями и т.д. Группа студентов может рассматриваться как система, к которой приложимы принципы системной психотерапии. Студенты - часть общей системы, внутри которой происходит взаимодействие с семьёй во время открытых работ. Реконструкция семейной системы как часть обучения позволяет сделать осознанными связи студентов с собственной семейной системой, а взаимодействие с преподавателями и правилами института включает студентов и в систему профессиональных взаимоотношений.

Ключевые слова: *системная семейная психотерапия, обучение, реконструкция семейной истории, открытые работы, групповая динамика в учебном процессе, генограмма, системное мышление, когнитивные схемы.*

Обучение специалистов семейной психотерапии – актуальная задача в контексте развития системного подхода. В построении образовательного процесса необходимо придерживаться принципов обучения семейной терапии и учитывать системный характер самого образовательного процесса [6]. В докладе мы обсудим практические ходы и инструменты, позволяющие интегрировать идеи системного подхода в обучение семейной психотерапии.

Обучение принципам классической системной семейной терапии - первый этап погружения будущих специалистов в новый тип терапевтического мышления. Системность гипотез, особая позиция нейтральности остаются ценным знанием при работе с семьей, так как: (а) классические идеи системности, уход от каузальной логики учат терапевтов не размещать проблему внутри личности, а направлять внимание на паттерны дисфункционального взаимодействия; (б) они ставят терапевта в позицию постоянного анализа своей роли в системных процессах терапевт-семья; (в) принцип гипотетичности - основа позиции сотрудничества с семьей.

Мы видим решение стратегической задачи обучения семейных терапевтов [6] – соответствия обучения принципам системности – в использовании следующих обучающих форматов, позволяющие студентам одновременно анализировать системные процессы и осознавать себя частью систем: (а) личная терапия и реконструкция семейной истории студентов; (б) открытые консультации; (в) работа с внутригрупповой динамикой; (г) работа с убеждениями, ограничивающими системное мышление.

Важная часть обучения психотерапии – формирование умения идентифицировать свое личное влияние на

терапевтический процесс и управлять им. Прийти к этому можно через прохождение личной терапии в той или иной форме, включая реконструкцию семейной истории, работу с собственной генограммой. Обучение психотерапии включает прохождение психотерапии, так Европейская Ассоциация Семейных Терапевтов (ЕАТА) вводит этот пункт как одно из требований к сертификации. [9]

Личная терапия и реконструкция семейной истории - пример приложения системных принципов к обучению семейной психотерапии: анализ студентами своего места в высокоорганизованных системах, частью которых они являются, и осознание латентных процессов этих систем [4] помогают рефлексии по поводу влияния собственных переживаний и тем на ход терапевтического процесса, снижают вероятность привнесения в работу психотерапевта с клиентами лишних проекций. Семейная история выделяется как отдельный параметр семейной системы [3] и с помощью техники «Реконструкция семейной истории» студенты имеют возможность изучить его. Через объединение собственного практического участия, а затем теоретико-методологического разбора студенты обучаются данной технике [1], [2]. Аналогично происходит обучение технике генограмма – через построение и изучение собственных семейных взаимодействий с помощью данного инструмента [2]. Эти форматы работы важны для приобретения опыта пребывания в терапии в роли клиента. [2]

Последовательность учебных задач и мероприятий и групповая динамика взаимосвязаны и системно поддерживают общую эффективность обучения: этап групповых упражнений и формирования интервизорских групп предшествует семинару «Реконструкция семейной истории», что помогает создать неформальную атмосферу на семинаре, а после семинара атмосфера поддержки в группе помогает на этапе очной супервизии, на которой студенты переходят в профессиональную позицию.

Открытые работы с клиентской семьей также помогают интегрировать системные принципы в образовательный процесс (преподаватель проводит семейную психотерапию в кругу наблюдающих студентов с возможностью их включения в процесс). Студенты становятся частью терапевтического процесса еще до начала собственной практики, приобретают возможность в рефлексирующей позиции отделить свои личные темы от терапевтических. В рамках открытых работ можно выделить такие составляющие системы: клиентская семья (отдельная система), преподаватель в роли терапевта, система студентов. Студентам дается возможность проследить системные принципы: целостность, структурность, взаимосвязь со средой, иерархичность, множественность [8], циркулярность взаимодействий.

Соблюдение правил участия в открытых работах формирует профессиональную и этическую позицию студентов, создает условия безопасности для семьи и преимуществ групповых практик.

Группа студентов также может рассматриваться как система, к ней приложимы системные принципы (целостность, иерархичность, структуризация, множественность, системность) [4], которые могут быть приложимы к анализу педагогических процессов преподавателем. Анализ системы и ее иерархии помогает в построении гибких и функциональных отношений в системе, в частности, в обучающей [7], [8]. Полезно учитывать стереотипы взаимодействий в группе, внутренние правила, стабилизаторы [8], влияние больших систем (например, государственной) на подсистему студентов, особенно при работе в других странах. Трансляция правил института, с точки зрения принципа иерархии, задача преподавателя. Путь включения студентов в систему этики – соблюдение этических принципов членами системы и демонстрация принципов на практике.

В процессе обучения системному подходу важно обратить внимание на ментальные системы, которые существуют как на уровне человека, так и на уровне семьи [7], включают в себя семейные мифы, правила и то, что в когнитивно-поведенческих подходах определяется как когнитивные схемы, базовые убеждения. Особого внимания заслуживает работа с теми убеждениями, которые препятствуют овладению принципами системного мышления.

Такие схемы формируются, как правило, в семьях [10], студентам полезно в блоке личной терапии знакомиться со своими личными и семейными ментальными системами. Полезно включать в обучение студентов демонстрацию техник когнитивно-поведенческой работы с парами и семьями [5]. Техники осознанности (Mindfulness) могут помочь студентам не только в личной терапии, но и в терапевтической практике. [11]

Литература:

1. *Бибчук М.А., Дианова О.В.* Избранные техники семейной реконструкции. // Семейная психология и семейная терапия. 2002 №1 С. 114-119.
2. *Бибчук М.А., Дианова О.В.* Семейная реконструкция // Семейная психология и семейная терапия. 2001 №4 С. 115-118
3. *Варга А.Я.* Введение в системную семейную психотерапию. Учебное пособие. М.: Когито-Центр; 2009.
4. *Воскобойников А.Э.* Системные исследования: базовые понятия, принципы и методология // Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». 2013. № 6 (ноябрь — декабрь). URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2013/6/Voskoboinikov_Systems-Research/ (дата обращения: 10.08.2017)
5. *Даттиллио Ф.* Когнитивно-бихевиоральная терапия с парами и семьями. М.: Форум, 2015.

6. *Никитина, Н.Н.* Введение в педагогическую деятельность: теория и практика: учеб.-метод. пособие / Н. Н. Никитина, Н. В. Кислинская. - М. : Академия, 2006.
7. *О'Коннор Дж., Макдермотт И.* Искусство системного мышления: необходимые знания о системах и творческом подходе к решению проблем: пер. с англ.–М.: Альпина Бизнес Букс, 2006.
8. Системная семейная терапия: Классика и современность / Составитель и научный ред. Черников. А.В. - М: Независимая фирма «Класс», 2005.
9. EFTA Minimum Criteria for Training in Family Therapy, may 2002 Режим доступа: http://www.ifta-familytherapy.org/docs/Efta_Core_Copetencies-1.pdf Дата обращения: 10.08.17
10. *Rafaeli E., Bernstein D., Young J.*; Schema therapy: distinctive features. The CBT distinctive features series. Hove, East Sussex; New York: Routledge; 2011.
11. *van Vreeswijk M. Broersen J., Schurink G.*; Mindfulness and schema therapy: a practical guide. Chichester, West Sussex; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2014.

SYSTEMS APPROACH IDEAS INTEGRATION IN TEACHING FAMILY PSYCHOTHERAPY

Veronika Kashirina¹, Ekaterina Zhuykova²

¹Integration Family Therapy Institute,
Center of Psychological Solutions "Na Troitskoy"

²Integration Family Therapy Institute,
Sukhareva Scientific-Practical Center of children
and adolescents mental health
Moscow, Russia

Key words: *systemic family psychotherapy, reconstruction of family history, open works, group dynamics in the learning process, teaching as a system process, systemic thinking, cognitive schemes*

Abstract: Training specialists in family psychotherapy is a present- day task in the context of systems approach development, with a great interest of psychologists and doctors in skills development in the field of systems psychotherapy, and a great demand for family therapy in modern psychotherapeutic practice. In making educational process it is necessary to consider not only the criteria and principles of family therapy teaching, but also to take into account the systemic nature of the process itself, therefore- we should take into consideration the systemic principles inside the educational process as such. The aim of the present paper is to discuss some practical ways and instruments allowing to integrate the systems approach ideas into teaching family psychotherapy.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ И ОРГАНИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ СИСТЕМНЫХ СЕМЕЙНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Е.Ю. Чеботарева

НИУ ВШЭ, МГППУ, РУДН
г. Москва, Россия

Во всем мире активно ведутся исследования, направленные, с одной стороны, на выделение ключевых компетенций психотерапевтов вообще, и системных семейных психотерапевтов, в частности; с другой стороны, также активно дискутируется целесообразность применения компетентностного подхода к подготовке психотерапевтов. В статье обсуждаются основные аргументы сторонников и противников компетентностного подхода в области психотерапии.

Перечень ключевых компетенций, признанный международными профессиональными ассоциациями, дает представление о том, по каким критериям оценивается сейчас профессионализм специалистов в данной области. Представлены группы ключевых компетенций семейных психотерапевтов, утвержденных международными сообществами, минимальные требования к принципам конструирования образовательных программ по системной семейной психотерапии.

Обсуждается возможность координации усилий разных российских образовательных программ по обеспечению соблюдения мировых стандартов в подготовке семейных терапевтов в условиях российской образовательной системы, с сохранением возможностей для вариативности путей профессионального становления и развития.

Ключевые слова: *ключевые компетенции семейных психотерапевтов, компетентностный подход, профессионально - важные качества.*

Повышается популярность семейной психотерапии, растет число частнопрактикующих терапевтов, увеличивается конкуренция и, в связи с этим, актуализируются задачи оценки компетентности [5]. Во всем мире активно ведутся исследования, направленные, с одной стороны, на выделение ключевых компетенций психотерапевтов вообще, и системных семейных психотерапевтов, в частности; с другой стороны, также активно дискутируется целесообразность применения компетентностного подхода к подготовке психотерапевтов. В любом случае, образовательные программы, ориентированные на подготовку специалистов, отвечающих современным мировым требованиям, не могут оставаться в стороне от этого процесса.

Перечень ключевых компетенций, признанный международными профессиональными ассоциациями, дает представление о том, по каким критериям оцениваются специалисты в данной области, какие требования предъявляют к ним работодатели. В отношении системной семейной психотерапии вопрос профессиональных компетенций актуален еще и потому, что в мире психотерапии до сих пор существует предвзятое отношение к неклинической психотерапии. В частности, противники включения системной семейной терапии в перечень рекомендуемых государством направлений часто в качестве аргумента приводят то что специалисты, работающие в этом подходе «просто не компетентны», в частности, ссылаясь на то, что у них недостаточный уровень подготовки в области фундаментальной и клинической психологии, а также недостаточно навыков в области психодиагностики, в том числе патопсихологической, в оказании помощи в случаях серьезных проблем с психическим здоровьем, в оценке и

предотвращении рисков зависимостей, насилия, суицида, недостаточное знание психофармакологии, недостаточное понимание принципов работы с конфиденциальной информацией [15].

Многие исследователи считают, что без четкого выделения необходимых и достаточных компетенций семейные терапевты с гораздо меньшей вероятностью будут признаны соответствующими государственными структурами «достаточно компетентными» для предоставления психотерапевтических услуг населению [13, 10, 14].

За последние годы в зарубежной психологии было проведено большое число исследований, направленных на четкое описание того, что собой представляет компетентный семейный психотерапевт. В 2003 году в Американской ассоциации семейных терапевтов (AAMFT) была организована целевая группа для разработки основных компетенций для семейной терапии, которая составила детальное описание ключевых компетенций, необходимых для практики семейной психотерапии, а также описание того, как эти компетенции могут быть использованы в качестве руководства для развития навыков и умений в области семейной психотерапии [2, 12]. Разработчики данного проекта считали основной его целью преодоление разрыва между потребностями клиентов в психологической помощи и тем уровнем помощи, который способны оказывать [12].

В результате внедрения компетентного подхода предполагается, что психотерапевтические интервенции в семейной терапии станут более стандартизированными, формализованными и предсказуемыми. Как это ни парадоксально, это может также мешать в конкретных практических случаях, лишая или ограничивая возможности терапевта реагировать в максимально возможном диапазоне. Поскольку компетентностный подход часто ориентируется на измерения, статистические данные, на критерии оценки успешности терапии, связанные с сокращением издержек,

такие менее поддающиеся измерениям явления, как интуиция, уникальный опыт и инновации, могут быть сведены к минимуму [6].

Критики компетентностного подхода ссылаются на концепцию эквивифинальности (equifinality) [3], согласно которой многие разнообразные виды поведения могут привести к одинаковым результатам. Применительно к процессу психотерапии, в реальной практике самые разные интервенции могут привести к одинаково «компетентным» результатам. Выбор конкретной техники часто происходит «здесь и сейчас» в зависимости от целого ряда условий. Таким образом, в ходе внедрения компетентностного подхода необходимо учитывать, что устанавливаемые стандарты должны оставлять место для вариативности и профессионального творчества. Таким образом, следует избегать шаблонного подхода к компетентной клинической практике.

В поисках наиболее продуктивного подхода к пониманию компетенций и их формированию многие исследователи пришли к выводам, что механизмы развития компетенций схожи во многих профессиях [11]. В частности, в качестве хорошего примера приводится модель профессиональной опытности (экспертности), разработанная в отношении профессионального развития педагогов [9]. Согласно этой модели, педагоги за время обучения проходят 6 стадий: (1) развитие базовых навыков («навыков выживания»), (2) приобретение компетентности в базовых навыках, (3) развитие гибкости, (4) приобретение опыта, (5) содействие профессиональному развитию своих коллег, обогащению их опыта (6) более активное участие в более широком спектре решений на всех уровнях. Исходя из такой модели, считается, что если опытность – главная цель профессионального развития, то стандарты обучения должны ориентироваться на формирование именно опыта, а не просто компетенций [1].

Исследования механизмов развития компетенций показали, что в этом процессе выделяется 4 основных категории: (1) отбор абитуриентов (admissions and screening), (2) оценивание (evaluation), (3) систематическое обучение и разработка соответствующих учебных планов, and (4) супервизии и дополнительное образование. Эти механизмы упоминаются во многих исследованиях развития компетенций [13].

Отбор и оценка абитуриентов. Этот этап считается наиболее важным на пути к формированию компетенций. Только немногие профессии имеют эмпирически валидизированные инструменты и протоколы, которые бы точно и надежно измеряли профессионально важные качества абитуриентов. В основном используются очень расплывчатые определения критериев оценки, показатели тестов, и очень разнообразие процедуры оценки.

Например, контент анализ российских и зарубежных исследований профессионально-важных качеств практического психолога показал, что в 39 исследованиях выделено 106 качеств, из которых 47 упоминаются только в одной из работ; 37 качеств упоминаются более чем тремя авторами, и только 5 качеств выделялось около 50 % авторов. Это такие качества, как: *эмпатия, искренность (аутентичность), креативность, интуиция, стремление к самопознанию, самопониманию* [17].

В рамках студенческого исследования О. Крапивиной была предпринята попытка выявления отличий опытных семейных психотерапевтов, членов Общества семейных консультантов и психотерапевтов (ОСКиП) и студентов, начинающих обучение семейной психотерапии. Было опрошено 17 опытных психотерапевтов и 21 студент. Статистически значимые различия были выявлены лишь в уровне развития академического интеллекта и креативности (которые выше развиты у опытных терапевтов), также при примерно равном общем уровне эмпатии, обнаружено, что у

опытных терапевтов, по сравнению со студентами, выше показатели *фантазийного элемента эмпатии*. Размер выборки и ряд других ограничений данного исследования не позволяют считать эти выводы полностью надежными.

В общем, хотя характеристики компетентного психотерапевта активно обсуждаются в литературе, до сих пор нет точного понимания, какие именно качества и способности отличают высококвалифицированного психотерапевта, от его коллеги с низкой квалификацией [16]. Таким образом, семейная психотерапия, как и многие другие дисциплины сталкивается с задачей выделения основных способностей и качеств, важных для работы в данной области, а также разработки надежных инструментов их оценки. Также выдвигаются идеи разработки единого скринингового протокола для точной оценки абитуриентов образовательных программ. Эмпирически обоснованных инструментов для прогнозирования профессиональных успехов абитуриентов также не существуют в области семейной терапии.

В связи с этими задачами, поднимается и вопрос о развитии компетенций преподавателей в области оценивания студентов [4].

Нередко оценка потенциала учащихся осуществляется путем измерения степени соответствия программ существующим требованиям. Американская комиссия по аккредитации программ обучения семейных психотерапевтов (СОАМТЕ) ввела требования, чтобы учитывались не только «входы», но и «выходы» (результаты) обучения, т.е. то, что выпускники программы умеют делать на выходе. Хотя измерения результатов обучения гораздо сложнее, такой подход может сыграть важную роль в развитии профессиональной области обучения. Обучающие программы должны уделять очень большое внимание решению вопросов о том, где, когда и что должно измеряться.

Систематическое обучение. Основные усилия в этой области сосредоточены на том, чтобы создать обучение в

процессе реальной деятельности. В литературе можно найти описания систематических усилий по созданию опыта обучения в реальной деятельности, которые соответствуют основным клиническим компетенциям и превосходят наиболее типичные ситуации, с которыми сталкиваются практикующие специалисты. Студентов в ходе обучения привлекают к выполнению сначала отдельных процедур в рамках клинической практики, постепенно расширяя репертуар. Таким образом, учащиеся постепенно включаются в ситуации, способствующие развитию их ключевых компетенций. Также для решения этих задач активно используются супервизии ролевые игры с симулированными семьями

Супервизии и дополнительное образование. Во многих профессиональных сферах супервизия (наставничество) рассматривается как основной способ формирования компетенций. Но в сфере подготовки семейных психотерапевтов до сих пор остаются нерешенными вопросы, связанные с ролью супервизии в личностном развитии студентов, с эффективностью оценки компетенций в ходе супервизии, с созданием эффективного взаимодействия между университетскими обучающими программами и внешними профессиональными организациями в контексте супервизий [8].

В настоящее время в мировой практике подготовки семейных психотерапевтов принято опираться на систему компетенций, разработанную Американской ассоциацией семейных психотерапевтов (American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT)). Текущая версия включает 128 ключевых компетенций, организованных в 6 основных областей, каждая из которых подразделяется на 5 дополнительных областей, или то, что в Российской системе образования принято называть уровнями. Выделены следующие основные области: 1) **Прием в терапию** - все взаимодействия между клиентом и терапевтом вплоть до

момента установления терапевтического контракта. 2) **Клиническая оценка и диагностика** - деятельность, направленная на выявление проблем, которые необходимо решать в терапии. 3) **Планирование терапии и ведение случаев** - все мероприятия, связанные с ведением курса терапии и внутерапевтической деятельности. 4) **Терапевтические интервенции** – все мероприятия, разрабатываемые для устранения клинически выявленных проблем. 5) **Юридические вопросы, этика и стандарты** – все аспекты терапии, которые связаны с соблюдением уставов, норм, принципов, ценностей семейных психотерапевтов. 6) **Исследования и оценка программы** – все аспекты терапии, которые включают в себя систематический анализ терапии и то, насколько эффективно она проводится.

Дополнительные сферы (уровни) выделены на основе умений или знаний, которые должны быть сформированы у семейного психотерапевта, Это: а) **Концептуальный** – знание и понимание основных концепций и теорий, б) **Перцептивный** – умение видеть в реальной практике появления теоретических концепций, в) **Исполнительский** – умение выполнять необходимые процедуры, применять в реальной практике освоенные техники; г) **Оценочный** – умение адекватно оценивать ситуации, принимать обоснованные решения о применимости того или иного инструментария, оценивать степень научной обоснованности новых методов, программ, техник и пр., д) **Профессиональный** – способность к профессиональному саморазвитию и содействие развитию своего профессионального сообщества.

Предполагается регулярно пересматривать систему компетенций, так как поле семейной психотерапии постоянно меняется в соответствии с изменяющимися запросами клиентов.

Также в крупных международных ассоциациях семейных терапевтов разработаны основные принципы обучения семейных терапевтов. В частности, в Европейской ассоциации семейных терапевтов (EFTA) выделены следующие принципы [7]:

- **Гибкость.** - модели обучения в разных профессиях и странах предполагают разные отправные точки для подготовки специалистов ССП. Гибкость необходима как для того, чтобы учитывать различные пути обучения, используемые различными тренинговыми программами, так и для того, чтобы оставлять место для будущих разработок.

- **Обобщенность.** Основные требования к обучению определяются на довольно высоком уровне обобщения, учитывающем общие черты между различными моделями обучения ССП. Это также позволяет сравнивать обучение ССП с моделями обучения другим модальностям психотерапии.

- **Специфичность.** Учет специфичных для ССП аспектов обучения, с точки зрения теории, личных установок, методов супервизии или клинической практики, определяющие сохранение некоторых отличий от других моделей обучения. ССП

- **Субсидарность.** Организационный принцип, согласно которому вопросы должны решаться наименее централизованным компетентным органом. Центральный орган должен выполнять вспомогательную функцию, выполняющую только те задачи, которые не могут быть эффективно выполнены на более локальном уровне [7].

Тем же документом регулируются некоторые формальные требования к организации обучающих программ.

Предполагается, что подготовка специалистов ССП базируется на предшествующем обучении и клиническом опыте, обычно в области здравоохранения или социальных дисциплин и т.п. **Вся продолжительность обучения** должна составлять не менее 7 лет (включая базовый уровень

образования или его эквивалент), из которых минимум 4 года должны быть посвящены специализации в ССП. Общее число часов подготовки требуется **3,000 - 3,500** (для сравнения, российская магистерская программа по системной семейной психотерапии в НИУ ВШЭ составляет 45 000 ч.). Следует отметить, что при оценке программ на соответствие требованиям ключевым является именно продолжительность обучения. Тем самым подчеркивается, что для профессионального становления психотерапевта требуется время, слишком интенсивные программы признаются менее эффективными.

В отношении обязательных структурных элементов программы имеются следующие требования. От 700 до 900 часов (или эквивалент в академических кредитах) должны отводиться на то, что составляет неотъемлемую часть подготовки специалистов ССП, т.е. дисциплины специализации или дисциплины профессионального цикла (минимум 250 часов самостоятельного обучения и минимум 450 часов аудиторного обучения) [7].

К обязательным компонентам обучения относятся:

1) Теоретическая и практическая подготовка (частично могут получены на уровне базового образования), составляет от 1/3 до 1/2 общего объема программы. Способ комбинирования может варьироваться, но следует всегда включать следующие области: **Теория:** Принципы системной теории: системы и коммуникации. Теории развития индивидуального и семейного жизненного цикла. Изучение различных форм семейных и других социальных систем. Психопатология: общая и системная. Психологические модели и методы терапии. Модели развития и коррекции. Модели семейной и системной терапии и их применение в разных условиях. **Исследования:** Научное обоснование семейных и системных вмешательств. Понимание методологии исследований. **Этические вопросы. Развитие практических навыков.**

2) **Клиническое обучение / клинический опыт** (также от 1/3 до 1/2 общего объема программы). Это общие клинические навыки (также частично могут быть получены в рамках базовой подготовки) и общий клинический опыт (работа с целым рядом проблем психического здоровья). Наблюдение за клинической практикой с семьями, супружескими парами, отдельными лицами и организациями. (могут использоваться различные виды супервизии, но основная часть должна быть представлена «живой» супервизией, включая как самостоятельную работу под супервизией, так и участие в супервизии / обсуждении работы других студентов в супервизорской группе).

3) **Личное развитие** (цель - обеспечить, возможность студентам идентифицировать свой личный вклад в процесс терапии и управлять им, усилить саморефлексию обучающихся и их самосознание в качестве семейного психотерапевта. Пути достижения этих целей могут быть самыми разными, в т.ч. личная и групповая терапия, работа с родительской семьей (например, с использованием генограммы) или в некоторых случаях, прямая работа с семьей студента. Учитывая большую вариативность возможной работы по личностному развитию (а также в индивидуальных потребностях учащихся), считается неверным устанавливать конкретные требования к числу часов, посвящаемых этому компоненту.

4) **Непрерывное (дополнительное) образование, личностное и профессиональное развитие** – настоятельно рекомендуется после завершения основной программы обучения семейной психотерапии.

Представленный в данной статье краткий обзор современных международных требований к организации и уровню подготовки семейных психотерапевтов позволяет сделать следующие выводы:

Разработка системы ключевых компетенций весьма актуально для данной профессиональной сферы. Этот процесс

должен основываться на научных. В том числе и социологических исследованиях особенностей рынка психотерапевтических услуг такого рода в России, с учетом мнения работодателей и клиентов. Также необходимы серьезные систематические исследования сущности и структуры профессионализма и компетентности современных семейных психотерапевтов, выявление ключевых отличий высококвалифицированных специалистов, от низкоквалифицированных, специалистов данного подхода от специалистов других модальностей психотерапии.

Внедряя компетентностный подход в образование следует проявлять осторожность и учитывать большую вариативность поля семейной психотерапии, в свою очередь, определяемую разнообразием имеющихся клиентских запросов и возможностей достижения заданного результата с учетом целого ряда параметров психотерапевтической ситуации.

При разработке образовательных программ по семейной психотерапии необходимо особое внимание уделять критериям и инструментам оценки и приема абитуриентов, показателям, критериям и методам оценки успехов студентов в процессе обучения и по его завершению, а также оценки эффективности самой программы, компетенциям в области оценивания преподавателей программ; разработке методов обучения в условиях реальной профессиональной деятельности; совершенствованию обучающих супервизий с целью решения более широкого круга задач, связанных с профессиональным становлением студентов; разработке целено системы «непрерывного» обучения (life-long learning) для семейных психотерапевтов.

Актуальной остается задача совмещения международных требований в данной области с системой российского профессионального образования. Для качественной подготовки специалистов мирового уровня необходимо введение специализаций по семейной

психотерапии на уровне старших курсов бакалавриата, либо специализированные программы подготовки к магистратуре. Также важно разрабатывать программы пост-дипломного образования, выполняющие функции интернатуры, необходимые для «дозревания» специалиста.

На уровне профессионального сообщества полезно различать документы об академическом образовании в данной сфере и уровень подготовленности специалиста для самостоятельной профессиональной деятельности, который, возможно, должен оцениваться экспертными советами профессиональных общественных организаций. Критерии такой оценки также должны разрабатываться и научно обосновываться.

Литература:

1. *Acheson, K., & Gall, M.* (2003). *Clinical supervision and teacher development: Preservice and inservice applications.* New York: Wiley & Sons.
2. American Association for Marriage and Family Therapy (2001). AAMFT code of ethics. <http://www.aamft.org/resources/LRMPlan/Ethics/ethicscode2001.asp>. Retrieved 20.08.2017
3. *Bertalanffy, L.* (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications.* New York: George Brazilles.
4. Committee for Standards for Teacher Competence in Educational Assessment of Students (1990). *Teacher competence.* Retrieved 20.08.2017 from <http://www.unl.edu/buros/article3.html>
5. *Cummins, N.* (1990). Collaboration or internecine warfare: The choice is obvious, but elusive. *Journal of Counseling and Development*, 68, 503–504.
6. *Danielson, C.* (1996). *Enhancing professional practice: A framework for teaching.* Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

7. EFTA Guidelines (Minimum Training Standards) (2012) Retrieved 20.08.2017 from <http://efta-tic.eu/wp-content/uploads/2012/12/minimum-training-standards.pdf>
8. Gardner, G. T., Bobele, M., & Biever, J. L. (2014). Postmodern models of family therapy supervision. In T. C. Todd & C. L. Storm (Eds.), *The complete systemic supervisor: Context, philosophy, and pragmatics*. -Wiley-Blackwell.
9. Leithwood, K. A. (1992). A move toward transformational leadership. *Educational Leadership*, 49 (5), 8–12.
10. Miller, J. K. (2005). The question of competence. *Family Therapy Magazine*, 4 (4), 28–31.
11. John K. Miller, Todahl, J.L., Platt, J. J. The Core Competency Movement in Marriage and Family Therapy: Key Considerations From Other Disciplines *Journal of Marital and Family Therapy*, 2010, 36(1):59-70 .
12. Nelson, T., Chenail, R., Alexander, J., Crane, D., Johnson, S., & Schwallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 417–438.
13. Platt, J., Miller, J. K., Todahl, J., & Lesser-Bruun, E. (2004). Competency across disciplines: Applications for MFT . Paper presented at the 2004 American Association for Marriage and Family Therapy National Conference, Atlanta, GA.
14. Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129.
15. Sturkie, K., & Bergen, L. (2001). *Professional regulation in marital and family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
16. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
17. Чеботарева Е.Ю., Дмитриева Л.А. Развитие профессионально важных качеств в аспекте адаптации студентов к профессии. // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика, 2010, № 1 с. 31 – 36.

MODERN INTERNATIONAL REQUIREMENTS FOR THE LEVEL AND ORGANIZATION OF THE SYSTEMIC FAMILY PSYCHOTHERAPISTS' TRAINING

Elena Chebotareva

National Research University "Higher School of Economics",
Moscow State University of Psychology and Education, Peoples'
Friendship University of Russia
Moscow, Russia

Key words: *key competences of family psychotherapists, competence approach, professionally important qualities.*

Abstract: Throughout the world, researches are being actively pursued, on the one hand, to highlight the key competences of psychotherapists in general, and systemic family psychotherapists, in particular; on the other hand, the expediency of applying a competence approach to the training of psychotherapists is also actively discussed. The article discusses the main arguments of supporters and opponents of the competence approach in the field of psychotherapy.

The list of core competencies recognized by international professional associations gives an idea of the criteria for assessing the professionalism of specialists in this field. Groups of key competencies of family psychotherapists, approved by international communities, are presented, minimum requirements for the principles of designing educational programs for systemic family psychotherapy.

The possibility of coordinating the efforts of various Russian educational programs to ensure the observance of world standards in the training of family therapists in the context of the Russian educational system is discussed, while preserving the opportunities for variation in the ways of professional development.

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ ВСЕЙ СЕМЬИ

<i>Подурова Е. В., Довбыш Д.В., Джавадова Э.И., Ильина А.А., Бычкова Н.А., Швец М.В., Байкова А.А.</i> Семья в условиях госпитализации ребенка в психиатрический стационар	3
<i>Лайшева Г.А.</i> Качество ментализации в семейной коммуникации в процессе терапии	9
<i>Медведев С.Э., Бутома Б.Г.</i> Системный подход в организации лечения и реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра	14
<i>Довбыш Д.В.</i> Семейная поддержка как фактор приверженности лечению у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ)	21

СУПРУЖЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Богомолов В.А.</i> Использование шкал обратной связи в супружеской терапии	27
<i>Уголева Е.Ю.</i> Терапия супружеской пары, находящейся в состоянии "эмоционального развода"	31

ПСИХОТЕРАПИЯ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

<i>Безруких М.М.</i> Система неадекватных требований как ключевой риск нарушения психического здоровья	36
<i>Монастырская Н.А.</i> Семья с высокочувствительным ребенком: особенности психологической работы	40

<i>Тимофеева С.В.</i> Эмоционально-фокусированная терапия детско-родительских отношений	47
<i>Джавадова Э.И., Печникова Л.С.</i> Семейные факторы риска аутодеструктивного поведения у подростков с различной психической патологией	53
<i>Азирова А.А.</i> Использование методики floortime в развитии коммуникативных навыков у детей раннего и дошкольного возраста с особенностями развития	60
<i>Ильина А.А., Довбыш Д.В., Джавадова Э.И., Подурова Е.В., Бычкова Н.А., Швец М.В., Байкова А.А.</i> Системный взгляд на коррекционную работу клинического психолога в детской психиатрической больнице	64
<i>Якимова Т.В., Строкова С.С.</i> Семейная идентичность у подростков из семей различных типов	71
<i>Покрышкин А.Г.</i> Возможности недирективной игровой терапии в комплексной помощи семье	78

ВОПРОСЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ И ГЕНДЕРА

<i>Браженкова Д. М.</i> Прикладной анализ поведения для обучения лиц с РАС сексуальному поведению	81
---	----

СУПЕРВИЗИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ И ПОСТКЛАССИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

<i>Бабчук М.А.</i> Супервизия – гарантия качества?	87
<i>Твердохлеб Н.А.</i> Решение этических дилемм в процессе супервизии	94
<i>Катрин Т.Ю.</i> Супервизия как профилактика профессионального выгорания в практике работы психологов социальной сферы	99

**СЕМЬЯ НА ПЕРЕКРЕСТКЕ КУЛЬТУР:
РАБОТА С МЕЖКУЛЬТУРНЫМИ СЕМЬЯМИ
И СЕМЬЯМИ МИГРАНТОВ**

- Малышева М.М.* Новое отцовство сквозь призму распределения гендерных ролей: кросс-культурный анализ 107
- Жуйкова Е.Б., Кирсаниду М.И., Филимонова А.С.* Границы влияния социальных и экономических условий на функционирование межкультурной семьи в Греции 112
- Калайян А.* Гуманитарный выход для Гаити и Армении: Использование 7-этапной интегративной целительной модели восстановления для реабилитации и повышения жизнестойкости семей. 118
- Kalaujian, A.* Humanitarian outreach for Haiti & Armenia: utilizing the 7-step integrative healing model for the families' resilience and rehabilitation 118
- Пир Т.* Семья в контексте культуры 125
- Pir, T.* Family in the context of culture 125
- Чеботарева Е.Ю.* Тренинг межкультурной чувствительности семейного психотерапевта 133

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
СКВОЗЬ ПРИЗМУ СИСТЕМНОГО ВЗГЛЯДА**

- Симаходская З.* Индивидуальная эмоционально-фокусированная терапия: создание чувства безопасности внутри себя и при взаимодействии с другими 146
- Орадовская К.А.* Реконструкция семейной идентичности ребенка, оставшегося без попечения родителей – модель работы психолога с 152

подростками, воспитываемыми в центре содействия семейному воспитанию	
<i>Тимофеева С.В.</i> Стратегические подходы к психотерапии чувства вины	158
<i>Рыцарева Т.В.</i> Системная семейная терапия субличностей и чувство вины	163
<i>Карамян К.Р.</i> Психотерапия чувства вины техниками психодрамы	169

ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИГРЫ В РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ

<i>Махукова В.Н.</i> Психологическая трансформационная игра как способ развития системной рефлексии	175
<i>Чугуева А. М.</i> Применение серии трансформационных психологических игр «Парад планет», «Гештальт-пати», «Поддержка» в совмещении с методами системной терапии при работе с супругами	179
<i>Михеева Е.В.</i> Применение т-игровой системы «Профнавигатор» для решения некоторых задач семейного консультирования	186

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

<i>Маричева А. М.</i> «Хроническая» потребность в помощи и право на автономность и независимость	193
<i>Гальцова П.С.</i> Системные характеристики семей, воспитывающих детей с диагнозом ВИЧ-инфекция	198
<i>Музафарова А.Т.</i> Особенности приемной семьи с кровным родством	203

Ярославцева Т. Г., Лазарева Л.В. Системный подход к работе с семьей, планирующей отказ от новорожденного 208

ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, СТОЛКНУВШЕЙСЯ С ПРОБЛЕМОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Москаленко В.Д. Дисфункциональная семья и созависимость 215

Архипова М.В., Максимова О.В. Системная семейная терапия на разных этапах реабилитации взрослых, страдающих от химической зависимости: опыт работы в клинике 220

Давыдкова А.А. Организация работы с семьей в условиях реабилитационной программы для подростков 226

Леонова К.М. Особенности процесса сепарации от родительской семьи у людей, страдающих химической зависимостью 233

ОБУЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Каширина В.Ю., Жуйкова Е.Б. Интеграция идей системного подхода в обучение семейной психотерапии 240

Чеботарева Е.Ю. Современные международные требования к уровню и организации подготовки системных семейных психотерапевтов 247

Научное издание

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛЕ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Е.Н. Собанина*
Дизайн обложки *Ю.Н. Ефремова*

Подписано в печать 10.12.2017. Формат 60x84/16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 17. Тираж 100 экз. Заказ 1935.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. (495) 952-04-41

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Для заметок
