

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии

Якиманская И.С., Быкова И.С.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ПРОБЛЕМНОГО РЕБЕНКА**

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся
по специальности 37.05.01 Клиническая психология

Оренбург, 2018

УДК 615.851:376.5](075.8)

ББК 53.571.я7

Я-45

Авторы - составители:

Якиманская Ирина Сергеевна – к.пс.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ

Быкова Ирина Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ

Рецензенты:

Епанчинцева Г.А., д.пс.н., профессор кафедры психологии личности ФГБОУ ВО ОГУ

Маликов Л.В., к.пс.н., доцент, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО ОрГМУ

Якиманская И.С., Быкова И.С.

Я-45 Психологическое консультирование и психотерапия семей, воспитывающих проблемного ребенка: учебное пособие. / И.С. Якиманская, И.С. Быкова. – ФГБОУ ВО ОрГМУ РФ МЗ, 2018. – 118 с.

В учебном пособии изложены и обобщены современные подходы к содержанию и организации психологической помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, которые могут предоставить возможность студентам старших курсов, обучающихся по специальности Клиническая психология, начать психокоррекционную и консультативную работу с такими семьями. Пособие может способствовать более углубленному изучению учебного материала в рамках специализации «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье».

Пособие составлено с учетом требований стандарта ФГОС ВО по специальности 37.05.01 Клиническая психология, утвержденного Министерством образования и науки России 12.09.16 г., №1181.

Учебному пособию присвоен гриф редакционно-издательского совета 00.00. 00.00. 2018 г. протокол № Ученого совета и рекомендовано для внутривузовского использования.

УДК 615.851:376.5](075.8)

ББК 53.571.я7

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Глава 1. Семейное психологическое консультирование.....	6
1.1. Краткий исторический очерк.....	6
1.2. Теоретические основы, принципы, основные этапы и формы семейного консультирования.....	8
1.3. Консультирование семьи с проблемным ребенком.....	16
Задания для самостоятельной работы.....	24
Глава 2. Семейная психотерапия.....	25
2.1. Классификация подходов в семейной терапии. Школы семейной психотерапии.....	25
2.2. Семейная системная психотерапия.....	27
2.3. Особенности психотерапии с семьей, воспитывающей проблемного ребенка.....	38
Задания для самостоятельной работы.....	45
Ситуационные клинические задачи.....	48
Тестовые задания для контроля знаний.....	77
Список рекомендуемой литературы.....	99
Список использованной литературы.....	100
Приложение А	
Диагноз ребенка и семьи в психотерапии.....	108
Приложение Б	
Толерантность и идентичность современного психотерапевта.....	109
Приложение В	
Генограмма.....	111
Приложение Г	

Жизненный цикл семьи.....	114
Терминологический словарь.....	115

ПРЕДИСЛОВИЕ

«Психологическое консультирование и психотерапия семей, воспитывающих проблемного ребенка»– один из важнейших разделов клинической психологии, преподается в рамках дисциплины « Психологическая помощь семьям, имеющим проблемного ребенка».

Актуальность дисциплины обусловлена ее особым значением для профилактики психических заболеваний и охраны психического здоровья населения, в первую очередь подрастающего поколения.Одной из ведущих задач современной клинической психологии являются теоретическая разработка и практическое внедрение методов психологической помощи дисфункциональным семьям.

Основной целью пособия«Психологическое консультирование и психотерапия семей, воспитывающих проблемного ребенка»является формирование у студентов общетеоретических знаний и практических навыков по организации и реализации психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, психической и соматической патологией.

В связи с указанной целью сформулированы следующие задачи:

- сформировать у студентов мотивационную потребность к оказанию необходимой психологической поддержки семьям, воспитывающим детей с дизонтогенезом, психической и соматической патологией;
- выработать у студентов практические навыки проведения психодиагностической процедуры и аналитической обработки полученных результатов исследования для планирования консультативной и психотерапевтической работы;
- способствовать приобретению навыков организации консультативной и психотерапевтической работы с семьями детей с особенностями развития;

- сформировать навыки разработки и реализации программ консультативной и психотерапевтической работы с дисфункциональными семьями;
- выработать способность к применению современных процедур и технологий консультирования родителей по вопросам эмоциональных и поведенческих отклонений у детей и подростков с целью их коррекции;
- сформировать способность к осуществлению психотерапевтической работы с семьей проблемного ребенка.

Дисциплина «Психологическая помощь семье и ребенку» относится к дисциплинам специализации «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье» (СЗ.Б.46) в соответствии с ФГОСпо специальности 37.05.01 Клиническая психология высшего профессионального психологического образования, изучается в девятом (IX) и десятом (X) семестрах.

Требования к результатам освоения дисциплины: в результате освоения дисциплины, студент должен овладеть профессиональными компетенциями, позволяющими оказывать специализированную квалифицированную консультативную и психотерапевтическую помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих профессиональных компетенций:

1) общекультурные (ОК):

ОК-7 Готовность и способность осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития.

2) профессионально-специализированные (ПСК):

ПСК-4,10 Способность и готовность к осуществлению диагностической, психопрофилактической и психокоррекционной работы с семьей проблемного ребенка;

ПСК-4,11 Способность и готовность к взаимодействию с работниками медицинских учреждений, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, органов социальной защиты в связи с решением задач психологической помощи ребенку и семье.

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать:

- теоретико-методологические основы психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, психической и соматической патологией;

- современные подходы к организации и методическому обеспечению комплексного и всестороннего изучения семьи, воспитывающей проблемного ребенка;
- основные приемы и методы проведения психологической диагностики и консультирования семьи, воспитывающей проблемного ребенка;
- основные методы психотерапевтической работы с родителями и их детьми.

Уметь:

- организовывать и проводить психологическое консультирование членов семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии;
- осуществлять на основании диагностических данных выбор методов и способов психотерапевтической работы с ребенком и его родителями;
- организовывать и осуществлять психотерапевтическую работу с семьей, как системой.

Владеть:

- навыками консультирования по вопросам оказания психологической помощи семье ребенка с отклонениями в развитии;
- навыками психологического диагностирования детско – родительских отношений, позволяющими выявлять причины проблемных ситуаций в семьях с проблемными детьми;
- профессиональными приемами и методами, необходимыми для проведения индивидуальных и групповых психотерапевтических сессий с детьми и их родителями.
- навыками взаимодействия со специалистами лечебных, образовательных, социальных и др. учреждений в связи с решением задач психологической помощи ребенку и семье;
- навыками использования психопрофилактических методов при оказании помощи семье проблемного ребенка.

ГЛАВА 1. СЕМЕЙНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

1.1.Краткий исторический очерк

В сложившейся в настоящее время социально-экономической ситуации в нашей стране в фокусе интересов государства оказывается социальная сфера. Институту семьи, который за последние десятилетия претерпел значительные изменения, отводится особая

роль в системе социальных институтов. Можно отметить позитивные изменения, произошедшие за последние годы в социальной сфере, в том числе в вопросах, касающихся семьи и детства. Однако часть граждан нашего государства не смогли адаптироваться к новым условиям и влиться в контекст современного устройства общества. В том числе социально и экономически дезадаптированными остаются семьи, воспитывающие ребёнка с ограниченными возможностями (ОВ). Особые условия, в которых оказались такие семьи, во многом определяют специфичность их существования в различных сферах: бытовой, социальной, трудовой, экономической. В каждой из этих сфер обнаруживается особая уязвимость семьи ребёнка-инвалида.

Семья, в которой рождается ребёнок с ОВ или, в силу определённых обстоятельств, получает инвалидность, сталкивается с множеством трудностей и проблем. Несомненно, инвалидность ребёнка является стрессом для семьи, порой сила эмоциональных переживаний побуждает к резкому ограничению социальных контактов, изоляции от внешнего мира, т. е. происходит разрыв даже существующих социальных связей. Необходимость постоянного ухода за особым ребёнком создаёт трудности социально-экономической адаптации семьи, члены которой зачастую вынуждены изменить образ жизни, привычки, сменить сферу занятости или оставить работу. Таким образом, значительно ограничивается взаимодействие ребёнка-инвалида и его семьи с окружающим миром, происходит разрыв части социальных связей, поддержание социального капитала семьи и тем более его накопление становится затруднительным.

Семейное консультирование – это консультирование членов будущей или настоящей семьи по поводу проблем, которые могут возникнуть или уже возникли в их семейных взаимоотношениях[60,61].

Консультирование супружеских пар первоначально осуществлялось по юридическим и правовым, медицинским и репродуктивным, социальным аспектам семейной жизни и проблемам воспитания и обучения детей. Период с конца 1940-х до начала 1960-х гг. отмечен установлением и развертыванием практики оказания психологической помощи семье и супружеским парам. В 1930-1940-е гг. возникает особая практика консультирования супружеских пар, в которой фокус работы смещается с психических нарушений личности на проблемы общения и жизни супругов в семье. В 1950-е гг. утверждается практика и термин «семейная терапия»[57].

В 1949 г. в США были выработаны профессиональные стандарты для проведения супружеского и семейного консультирования, а уже в 1963 г. в Калифорнии — введены правила и нормы лицензирования для семейных консультантов. Важным источником

развития семейной психотерапии стало междисциплинарное взаимодействие психологии, психиатрии, практики социальной работы[49].

В отечественной науке интенсивное развитие семейной психотерапии началось в конце 1960-х — начале 1970-х гг. Однако еще в конце XIX в. возникло учение о «семейном лечении» различных психических расстройств и необходимости проведения семейной диагностики. Основателем семейной терапии в России считают И.В. Маляревского, который в своем лечении психически больных детей и подростков исходил из необходимости специальной работы в рамках «семейного воспитания» с родственниками больных детей. Значительную роль в становлении отечественной семейной психотерапии сыграли ученые Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева — В.К. Мягер, А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллер, А.И. Захаров, Т.М. Мишина[10].

Эйдемиллер Э.Г. выделяет три основных этапа в развитии отечественной семейной психотерапии[60].

На первом — «психиатрическом» — этапе исследователи исходили из представления о семье как совокупности входящих в нее индивидуальностей, учет которых позволяет разработать рекомендации по оптимизации жизни семьи и каждого из ее членов.

На втором — «психодинамическом» (психоаналитическом) — этапе фокусом терапии стали сформированные в детском возрасте неадекватные модели поведения, переносимые впоследствии личностью в супружеские и детско-родительские отношения в собственной семье.

Наконец, третий этап — системная психотерапия — характеризуется синтезом системного подхода и психологии отношений В.Н. Мясищева и созданием оригинальной концепции патологизирующего семейного наследования Э.Г.Эйдемиллером.

Ведущим принципом семейной психотерапии, развиваемой в рамках этого направления, является принцип взаимной акцептации психотерапевта и семьи. Важным фактором развития семейной психотерапии, определившим становление семейного консультирования как особой психологической практики, в нашей стране явились работы В.В. Столина, А.А. Бодалева, А.С. Спиваковской, А.Я. Варги и др. [53].

Семейное консультирование представляет собой относительно новое по сравнению с семейной психотерапией направление оказания психологической помощи семье.

История развития семейной психотерапии и семейного консультирования тесно переплетены, данные виды помощи семье имеют ряд общих и различающихся признаков[56].

Психотерапия и семейное консультирование имеют диалогическую природу.

Центральным моментом в терапии и консультировании является общение специалиста с клиентом, реализуемое через установление терапевтической связи, помощь в исследовании проблемы, поиске путей ее решения.

Различие консультирования и психотерапии связано с моделью объяснения причин и трудностей, возникающих в семье.

Психотерапия ориентируется на медицинскую модель, в которой семья выступает важным фактором, обуславливающим возникновение и патогенез патологии личности, с одной стороны, и ее ресурсы жизнестойкости и устойчивости – с другой[63].

1.2 Теоретические основы, принципы, основные этапы и формы семейного консультирования

В модели консультирования в центре внимания задачи развития семьи, особенности ее ролевой структуры и закономерности функционирования. Консультант создает условия для организации ориентировки клиента в проблемной ситуации, объективирования проблемы, анализа ситуации, планирования возможных решений.

Семейное консультирование – процедура комплексная, включает психологическое, правовое, (юридическое), жилищное, административное, педагогическое и др. содержание.

Психологическое консультирование семьи должно быть направлено на восстановление или преобразование связей членов семьи друг с другом и окружающей средой, на развитие умения понимать друг друга и формировать полноценное семейное «МЫ», гибко регулируя отношения как внутри семьи, так и с различными социальными группами[26].

Цели семейного консультирования могут быть определены как развивающие, коррекционные, профилактические, адаптивные: развивающие цели связаны с ростом ресурсов семьи в сфере самоорганизации и саморазвития; коррекционные цели предполагают оптимизацию ролевой структуры семьи, повышение уровня ее сплоченности и удовлетворенности браком, улучшение межличностной коммуникации; профилактические цели связаны с ростом фрустрационной толерантности семьи; адаптивные - с успешным разрешением конфликтов, кризисов, проблем семьи.

Основные задачи семейного консультирования:

- психологическое консультирование по вопросам брака, включая выбор брачного партнера и заключение брака;
- консультирование супружеских отношений (диагностика, коррекция, профилактика); психологическая помощь семье при разводах;

- консультирование, диагностика, профилактика и коррекция детско-родительских отношений;
- психологическая помощь в вопросах усыновления и воспитания приемных детей; психологическое сопровождение беременности и родов; психологическое сопровождение становления родительства;
- психологическое консультирование по вопросам супружеской измены;
- психологическое консультирование в случаях насилия в семье[7].

Принципы семейного консультирования[2]:

1. Принцип профессиональной компетентности и ответственности консультанта.
2. Принцип стереоскопичности диагноза
3. Принцип реконструкции истории семьи
4. Принцип совместной выработки решений
5. Принцип привлечения широкого социального окружения
6. Принцип единства диагностики и коррекции
7. Принцип структурирования позиций в процессе консультирования
8. Принцип выявления подтекста обращения клиента

Способы организации семейного консультирования[22]:

- индивидуальное консультирование одного из супругов;
- параллельное индивидуальное консультирование обоих супругов одним консультантом;
- параллельное индивидуальное консультирование обоих супругов разными, но взаимодействующими консультантами;
- совместное консультирование обоих супругов либо всех членов семьи одним консультантом.

Основные этапы и содержание семейного консультирования следующие[19]:

Подготовительный этап. Знакомство с клиентом по предварительной записи в регистрационном журнале, а также с той информацией, которую можно получить от третьих лиц. Время – 20-30 мин. Специальных процедур нет.

Настройный этап. Консультант лично встречает клиента, знакомится с ним и настраивает на совместную работу. То же самое делает клиент. Время – 5-7 мин. Процедура встречи с клиентом (приветствие, проводы на место, выбор места по отношению к клиенту, приемы установления психологического контакта). Создание эмоционально положительного настроя клиента на проведение консультирования. Снятие психологических

барьеров(успокоение клиента, создание ситуации психологической безопасности, раскрепощение клиента, вселение уверенности, доверительных отношений).

Диагностический этап. Консультант выслушивает исповедь клиента и на основе ее анализа проясняет, уточняет проблему клиента. Основное содержание этапа составляет рассказ клиента о себе и своей проблеме, а также проводится психодиагностика клиента. Время работы зависит от специфики проблемы клиента – от 4 до 8 часов. Процедура «эмпатийного слушания»: консультант, отрешившись на время от своих собственных мыслей, и переживаний, полностью сосредотачивает свое внимание на том, что говорит клиент. Задача «эмпатийного слушания» заключается в достаточно глубоком эмоциональном понимании клиента. Но при этом консультант продолжает думать, анализировать, размышлять. Процедура активизации памяти клиента включает систему приемов, в результате применения которых активизируются когнитивные процессы. Клиент начинает точнее и полнее вспоминать события и факты, имеющие отношение к проблеме. Процедура подкрепления: консультант словами, жестами, мимикой и др. средствами выражает согласие по поводу того, что говорит клиент, поддерживает его. Процедура прояснения консультантом мысли клиента: консультант вступает в диалог с клиентом в тех случаях, когда мысль клиента ему не совсем понятна или неточно выражена[28].

Рекомендательный этап. Консультант, собрав на предварительных этапах информацию о клиенте и его проблеме, вырабатывает практические рекомендации по решению проблемы клиента. Время – 40 мин. – 1 час. Убеждение: процедура, основанная на логически безупречно аргументированном доказательстве клиенту правильности предлагаемых консультантом рекомендаций. Разъяснение: развернутое конкретное изложение, объяснение клиенту тех, мыслей, которые возникают у консультанта в связи с проблемой клиента. Консультант ведет диалог так, чтобы симулировать вопросы клиента к себе. Поиск взаимоприемлемого решения: используется, если клиента не устраивает предлагаемое консультантом решение. Приемы: предложение альтернативных решений; оставление за клиентом прав окончательного выбора того решения, которое его устраивает; прояснение, уточнение того, что именно не устраивает клиента. Уточнение деталей: разъяснение клиенту мелких, но существенных подробностей, связанных с выполнением рекомендаций.

Контрольный этап. Консультант и клиент договариваются о том, как будет контролироваться и оцениваться реализация выработанных рекомендаций, где и когда они в дальнейшем смогут обсуждать дополнительные вопросы, которые могут возникнуть в процессе выполнения рекомендаций. Время – 20-30 мин. Процедуры в основном те же, что и на рекомендательном этапе. Но теперь они касаются оценок эффективности практического

выполнения клиентом, полученных рекомендаций. Специальная процедура этого этапа – укрепление уверенности клиента в том, что его проблема будет решена[24].

Сегодня можно говорить о плюралистической теоретической основе семейной психотерапии и семейного консультирования, опирающегося на установленные в рамках практики психотерапии законы и правила функционирования семьи.

Критериями дифференциации психотерапевтических подходов к работе с семьей являются[29,30]:

- «единица» анализа семейного функционирования и проблем семьи (атомистический и системный подходы);
- учет истории развития семьи, временной ретроспективы и перспективы (генетико-исторический подход и фиксация на актуальном состоянии семьи без учета ее истории);
- направленность на установление причин возникновения проблем и трудностей жизнедеятельности семьи, ее дисфункции (каузальный и феноменологический подход).

Руководствуясь перечисленными выше критериями, можно выделить определенные **подходы в работе с семьей**[23].

Психоаналитический подход. В центре внимания детско-родительские отношения, определяющие развитие личности и успешность ее семейной жизни в будущем. Единица анализа — личность в ее отношениях с партнером, основными паттернами этих отношений выступают Эдипов комплекс и комплекс Электры. Предполагается, что в брачно-супружеских отношениях пациенты неосознанно стремятся к повторению базовых моделей отношений с собственными родителями. Психологическая работа ориентирована на реконструкцию и воссоздание прошлого, осознание вытесненного и подавленного.

Бихевиоральный подход. Единицей анализа здесь выступает личность в отношениях и взаимодействиях с членами семьи. В центре внимания здесь не глубинные причины, а ошибочное поведение и действия членов семьи, которые выступают помехой и препятствием на пути решения, проблемных ситуаций. Основными механизмами формирования неправильного поведения, приводящего к семейным проблемам, признаны неадекватные социальные модели поведения в семье, неэффективный контроль и подкрепления. Широкое распространение в рамках поведенческого подхода получили разнообразные формы тренинговой работы с родителями. Работа с супругами строится в рамках теории социального обмена, согласно которой каждый индивид стремится к получению максимального вознаграждения при минимальных затратах[41].

Феноменологический подход. В качестве единицы анализа рассматривается личность в семейной системе. Основной принцип «здесь-и-теперь» требует сосредоточения на происходящих в настоящий момент событиях семьи с целью достижения высокого уровня их

прочувствования и переживания. Выявление содержания, правил построения, воздействия коммуникации на жизнь семьи в целом и на каждого из ее членов, формирование коммуникативной компетентности составляет содержание работы с семьей.

Системный подход. Семья рассматривается как целостная система, в качестве основных ее характеристик выделяется структура семьи, распределение ролей, главенства и власти, границы семьи, правила коммуникации и повторяющиеся ее паттерны как причины семейных трудностей, которые прежде всего усматриваются в дисфункциональности семьи и разрешаются в реорганизации семейной системы.

Направления консультативной работы на этапе возникновения семьи[45,46]:

- Информирование или психологическое просвещение: устранение дефицита психологических знаний, необходимых молодым людям для эффективного взаимодействия с будущим брачным партнером.
- Оценка степени психологической совместимости партнеров как будущих супругов.
- Диагностика психологической готовности к вступлению в брак.
- Выработка программ, направленных на развитие эмпатии, коммуникативной компетентности, умения разрешать конфликтные ситуации методом «семейного совета».

Формы организации консультирования по вопросам вступления в брак[35]:

- Индивидуальное
- Групповое

Методы диагностики взаимоотношений будущих супругов:

Методики, используемые в консультировании по вопросам вступления в брак можно разделить на две группы:

1. Исследование оценки юношами и девушками себя как будущих супругов и родителей (методика оценки старшеклассником себя как будущего семьянина; тест на превентивную удовлетворенность; методика «Функционально-ролевая согласованность» (С.В. Ковалевский) [52].

2. Методы, направленные на оптимальный подбор для знакомства, потенциального супружества и прогнозирования супружеских отношений: тест-карта оценки готовности к семейной жизни (И.Ф.Юнда); методика определения психологической совместимости в браке (Ю.А. Решетняк, Г. С. Васильченко); шкалы любви и симпатии (З.Рубина) [52];

Направления консультативной работы на этапе существования семьи:

Главные проблемы – проблемы супружеских отношений, от которых в гораздо большей степени зависит благополучие данной семьи.

Вторичные проблемы – проблемы супружеских отношений, возникающие из-за других нерешенных проблем, которые не могут быть решены без устранения главных.

Методы диагностики супружеских отношений[48]

1. Методы изучения особенностей общения и взаимоотношений в супружеской паре изучают особенности распределения семейных ролей, ожиданий и притязаний в браке, совместимость супружеской пары: опросник «Общение в семье» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубровская); проективный тест «Семейная социограмма» (Э.Г. Эйдемиллер); методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» (А.Н. Волкова); методика «Типовое семейное состояние» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

2. Методы исследования индивидуальности супругов: установление меры личностной совместимости и информированности супругов об особенностях характера друг друга: определение типа темперамента (Айзенк); «16 личностных факторов» (Р.Кеттелл); методика рисуночной фрустрации (С.Розенцвейг); цветовой тест (М.Люшера).

3. Методы исследования семейного досуга, интересов и ценностей: выявление общности ценностных ориентаций, жизненных целей, мотивации, интересов, потребностей, общность взглядов на проведение семейного досуга: опросник «Измерение установок в супружеской паре» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман); опросник «Интересы - досуг» (Т.М. Трапезникова).

4. Методы изучения нравственно-психологических основ супружеских отношений: диагностика психологического климата семьи, супружеских конфликтов, удовлетворенности супругов браком, его стабильности: тест-опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Г.П. Бутенко, Т.Л. Романова); методика «Характер взаимодействия супругов в конфликтной ситуации» (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман) опросник «Конструктивно-деструктивная семья» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

Содержание консультативной работы в зависимости от специфики проблемы, лежащей в основе нарушения супружеских отношений[54].

Содержание консультативной работы с каждой супружеской парой в ситуации конфликта будет специфичным. Однако, в соответствие с типичными проблемами, лежащими в основе супружеских разногласий, можно выделить некоторые общие схемы действий консультанта.

1.Отсутствие взаимопонимания между супругами.

Последовательность действий консультанта:

Консультирование осуществляется в 2 этапа[51]:

1 этап: диагностика и обучение супругов умению слушать друг друга:

- разъяснение клиенту, что без умения внимательно слушать других членов семьи ни одну из проблем семейных взаимоотношений решить нельзя;
- убеждение клиента, что он не достаточно хорошо умеет слушать др. Для этого консультант просит клиента вспомнить содержание последнего разговора с супругом и ответить на следующие вопросы: О чем был разговор? Что пытался доказать супруг? Как он это делал? О чем говорил в начале разговора? Какие аргументы использовал для доказательства своей правоты? Почему считал себя правым? Затруднение в ответе хотя бы на один вопрос означает неразвитость у супруга умения слушать.

2 этап: развитие умения доказывать свою правоту в спорах.

Рекомендации супружеской паре по решению проблемы:

1 этап: в течение 1-2 недель во время разговора с супругом контролировать процесс своего слушания, ориентируясь на сформулированные вопросы.

2 этап:

- никогда не начинать разговор с супругом с доказательства своей правоты, а выслушать и попытаться понять его;
- следить за реакциями собеседника по поводу сообщаемого ему, добиваться согласия, подтверждения;
- не стремиться продолжать что-либо доказывать или продолжать убеждать супруга после того, как он принял основное из сообщаемого ему. Нужно дать ему время для размышления и принятия самостоятельного решения;
- при обсуждении спорных вопросов распределять их по принципу нарастания степени сложности.

2. Несовместимость характеров[44].

Последовательность действий консультанта:

Определить в каких чертах характера не сходятся супруги с помощью психологического тестирования.

Рекомендации супружеской паре по решению проблемы:

Рекомендации будут индивидуальны в зависимости от результатов тестирования. Но до их формулирования консультант должен довести до сознания супругов следующее:

1) с психологической точки зрения супругам целесообразнее приспособится к особенностям др. др., чем пытаться изменить их, так как характеры людей складываются уже в детстве.

2) почти каждая черта характера имеет и положительную и отрицательную сторону, поэтому ее полное изменение не может принести только пользу.

3) черты характера сложная система. Изменение одной черты неизбежно окажет влияние на др.

4) изменение черт характера всегда означает изменение личности, и как результат – ее поведения. Консультант должен разъяснить клиенту, что все эти моменты могут породить неожиданные проблемы, т.к. потребуют адаптации не только самого супруга, но и окружающих к его новому поведению. В связи с этим возможно ухудшение взаимоотношений между супругами.

Если клиент решается на изменение характера супруга, то рекомендации таковы[34]:

- дать понять супругу, что некоторые черты характера его не устраивают, и что он собирается их изменить;
- добиться возникновения желания у самого супруга их изменить;
- обещание и практическая помощь супругу по изменению характера; -игнорирование невольного проявления корректируемых черт характера.

3. Несовместимость привычек, поступков, действий.

Консультант должен помочь супругу увидеть себя со стороны и осознать, что у него действительно есть дурные привычки.

Настроить супруга, у которого есть дурные привычки на длительную, кропотливую работу над собой.

4. Расхождение во взглядах по внутрисемейным вопросам, требующим единства мнений.

Последовательность действий консультанта:

- выяснение конкретных вопросов, по которым имеет место расхождение во взглядах супругов;
- выяснение причин этих расхождений, изложение их супругам и объяснение своей точки зрения;
- работа по сближению позиций супругов.

В консультативной работе может участвовать арбитр. В роли арбитра может выступать как сам консультант, так и любой близкий супружеской паре человек, мнение которого для супругов значимо и авторитетно и который лично заинтересован в сближении их позиций[32].

Рекомендации супружеской паре будут индивидуальны в зависимости от типа вопроса, по которому между ними существуют разногласия.

5. Проблемы сексуальных отношений.

Консультирование супружеской пары, в основе разногласий которой лежат проблемы в интимной жизни, должен осуществлять специалист, имеющий специальные, в том числе и медицинские знания по этой проблеме. Конкретные рекомендации индивидуальны в зависимости от специфики причин, лежащих в основе проблемы. В большинстве случаев консультант рекомендует клиентам прекратить интимные отношения на время консультативной работы. В период индивидуальных бесед с супругами консультант основное внимание сосредотачивает на их отрицательных реакциях сексуального характера.

1.3. Консультирование семьи с проблемным ребенком.

Увеличение количества детей с трудностями в обучении и поведении, нарушениями в эмоционально-личностной сфере, дезадаптацией в образовательном пространстве в целом, другими особенностями развития определяет необходимость выделения консультативного процесса как особого вида психокоррекционной работы с семьей. В большинстве исследований работа с такого рода «проблемными» детьми (и, следовательно, с их родителями) сводится к выявлению факта нарушения и направлению ребенка к специалистам нужного профиля (педиатру, неврологу, дефектологу, логопеду и др.). Вся психотерапевтическая работа с семьей в этот момент сводится лишь к информированию родителей, в крайнем случае — к снятию у них чувства стыда и тревоги[27].

Освободить от чувства вины за особенности ребенка – основная задача консультанта. Практика показала, что в наиболее сложном положении находится психолог-консультант, ведь именно ему приходится сообщать родителям об имеющихся у ребенка особенностях или проблемах, давать прогноз его дальнейшего развития и обучения. Однако в процессе консультирования редко учитывается, что не только сообщение прогноза развития и обучения ребенка, но и сам приход на консультацию означает для родителей вступление в новый этап существования, характеризуемый специфическими психологическими образованиями, особой динамикой взаимодействия семьи со специалистами, с социальным окружением в целом. Таким образом, консультирование детей с различными вариантами отклоняющегося развития можно рассматривать не только как сложный и трудоемкий диагностический процесс, но и как обладающую специфическими особенностями психотерапевтическую работу с родственниками ребенка. Причем данная модель имеет принципиальные различия со стандартной практикой и этикой семейного консультирования.

Основой эффективности такого рода консультирования является психологическая готовность родителей воспринимать и усваивать передаваемую информацию. Можно

сформулировать две группы задач, которые должны решаться всеми специалистами при консультировании «проблемных» детей (а скорее — консультировании их родителей).

Первая группа задач — создание психологических условий для адекватного восприятия родителями информации об особенностях развития их ребенка, готовности к длительной работе по его коррекции и воспитанию.

Вторая группа задач связана с освобождением родителей от чувства вины и преодолением их стрессового состояния[31].

Важные показатели запроса семьи с проблемным ребенком.

Исследователи разделяют семьи, пришедшие к специалисту по тому или иному поводу развития и/или обучения ребенка, на некоторые условные группы. Одни постепенно разрешают проблему с помощью ориентации непосредственно на вопросы воспитания, обучения или, возможно, лечения ребенка, другие из детских проблем, пусть даже и пустяковых (с точки зрения окружения), создают неразрешимую эмоциональную ситуацию. Их состояние в момент посещения психолога начинает приобретать черты психической травмы, а после актуализации специалистом проблемы ребенка превращается в постстрессовый синдром. В то же время родители, обладающие исходно высокими показателями социальной адаптации, способны быстро преодолеть психогенную ситуацию без выраженной личностной декомпенсации. В таких семьях возникают защитные механизмы, которые помогают в преодолении травмирующей ситуации. Консультативная помощь в этом случае эффективна, если в центре работы — интересы ребенка при небольшой психологической поддержке непосредственно родителей (Приложение Б).

У родителей с исходно низкими показателями социальной адаптации ребенок даже с незначительными проблемами часто имеет хроническую личностную декомпенсацию. С такими семьями необходимо проводить интенсивную психотерапевтическую работу.

К наиболее важному показателю состояния родителей при консультировании (что требует постоянного внимания консультанта и пролонгированной оценки на всем протяжении консультации) относится эмоциональное состояние родителей: те чувства, которые они испытывают в данный момент, и степень их выраженности. Чтобы эффективно построить консультационную работу, необходимо определить, на каком этапе психодинамического процесса в данный момент находится семья[18].

Динамика состояния семьи с ребенком с особенностями здоровья в консультировании— существуют четыре фазы состояния семьи в процессе консультирования[16]:

I фаза характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Синдром «обманутых надежд», иногда глубокое чувство собственной несостоятельности, ощущение

беспомощности и выраженной фрустрации, тяжелые, негативно окрашенные чувства полностью овладевают родителями и, естественно, определяют их дальнейшее поведение. Эта сложная гамма чувств и отрицательных эмоций может выбивать людей из привычных рамок жизни, приводить к нарушениям сна, изменению взаимоотношений с окружающими их людьми. К счастью, в большинстве случаев эта фаза достаточно кратковременна. Нередко такое «шоковое» состояние растерянности трансформируется в негативизм, отрицание выявленных отклонений в развитии ребенка.

Период такого негативизма и отрицания рассматривается как *II фаза* состояния семьи и является важной психологической составляющей поведения семьи в целом. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень стабильности семьи в возникшей ситуации. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка другими специалистами и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые родители, выражая недоверие к консультантам, какими бы квалифицированными они ни были, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить, устранить «неверный диагноз». Именно на этом этапе формируется так называемый синдром «хождения по кругу специалистов». Чрезвычайно важными в этом случае являются позиция и поведение психолога-консультанта. Исходя из основополагающего принципа защиты прав ребенка, он должен, просто обязан найти правильную психотерапевтическую тактику для сведения этого абсолютно непродуктивного поведения семьи к минимуму.

Описанная фаза — негативизм и отрицание — как правило, явление временное, и, по мере того как родители начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль, иногда даже тоску. Это состояние подавленности, связанное с осознанием проблем, характеризует *III фазу*.

Самостоятельное повторное обращение родителей за помощью к специалисту, который выявил имеющиеся у ребенка проблемы, знаменует собой *IV фазу* — начало социально-психологической адаптации семьи. Родители уже в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты со специалистами и достаточно разумно следовать их советам. Следует, правда, заметить, что возвращение к предыдущему состоянию, предыдущей фазе вполне возможно, особенно когда необходимая работа с ребенком идет трудно, результат не так очевиден, как этого хотелось бы родителям.

Длительность отдельных фаз, их последовательность зависят от большого количества факторов [15].

Существуют, как мы уже отмечали, принципиальные отличия консультирования семьи с «проблемным» ребенком от бытующих в настоящее время систем семейного консультирования[12].

Во-первых, психологическое консультирование в рамках семейного или возрастного консультирования предполагает полную добровольность обращения к специалисту. Это означает достаточную мотивированность, эмоциональную готовность к встрече, желание изложить все, что кажется важным.

В случае консультирования ребенка с подозрением на отклоняющееся развитие, на какие-либо проблемы, «стыдные» или же сложные для понимания родителей, картина может быть принципиально иная: как правило, семья «вынуждается» к консультированию специалистом (или социумом), заподозрившим нарушение развития у ребенка. В большинстве случаев это означает отсутствие добровольности и, следовательно, недостаточность собственной мотивации. Кроме того, опасения по поводу неблагополучия проявляются в отсутствии эмоциональной готовности к консультированию, а в некоторых случаях — и эмоциональном неприятии консультирования как такового. В ряде случаев специалисты сталкиваются с тем, что родители скрывают (сознательно или неосознанно) неблагоприятные особенности в развитии ребенка, что представляет дополнительные сложности для объективной диагностики состояния ребенка.

Во-вторых, классическое консультирование предполагает возможность для семьи в любой момент прекратить общение со специалистами. Практика консультирования «проблемных» детей показывает, что в некоторых случаях семья не доводит до конца консультирование или, неудовлетворенная результатами обследования, начинает искать другого, «более удобного» специалиста, который после повторного обследования дал бы более благоприятную информацию, отвечающую потребностям и состоянию родителей. Как уже говорилось, такое поведение семьи получило название «хождение по кругу специалистов». В результате могут быть потеряны значительные силы, средства и, что более важно, время, так необходимое для коррекционного развития ребенка. Поэтому, исходя из принципа соблюдения интересов ребенка, необходима такая организация процесса консультирования, которая позволит «удержать» родителей от преждевременного прерывания работы, даст возможность проведения ее в полном объеме. Например, часто бывает необходимо буквально заставить семью хотя бы еще раз прийти на консультацию, объяснив это каким угодно способом. Это (впрочем, как и многое другое) входит в явное противоречие с основными этическими законами консультирования, но наша модель, как уже отмечалось, имеет принципиальные отличия от бытующих в консультационной психологии и базируется на несколько иных принципах (Таблица 1).

Подобная тактика проведения консультации должна быть взята на вооружение любым специалистом, к которому попадает такой ребенок и такая семья. Только в этом случае мы можем в той или иной степени гарантировать, что эффективная помощь ребенку будет оказана вовремя, ведь подчас речь идет даже не о потере месяцев, а о «загубленных» годах[8].

Специалистам известны случаи, когда семьи с ребенком с теми или иными выраженными отклонениями в развитии (в основном умственной отсталостью и различными вариантами искаженного развития) годами консультировались у самых разнообразных специалистов, включая «народных целителей» и экстрасенсов, не принимая практически никаких действенных мер по развитию и возможному обучению своего ребенка. Время было упущено, и выросший в подростка ребенок (в возрасте 13 лет), в соответствии с правилами приема в специальные коррекционные учреждения образования, не был принят на начальную стадию обучения[4].

Таблица 1.

Фазы консультирования, состояние семьи и коррекционные тактики

ФАЗ	СОСТОЯНИЕ	ПРОЯВЛЕНИЕ	КОРРЕКЦИОННЫЕ ТАКТИКИ
А			
I	Растерянность, синдром «обманутых надежд»	Эмоциональная растерянность, страх, резкое падение самооценки, чувство вины или обманутых надежд	Эмпатия и эмоциональная поддержка, тактики ослабления чувства вины, техники консультирования, способствующие снятию напряжения
II	Негативизм, отрицание	Отрицание выявленных проблем, поиск причин и «виновников», недоверие к специалистам вплоть до агрессии к ним, формирование семейных мифов, «хождение по кругу врачей»	Выслушивание родителей, обсуждение с выходом на катарсис, Тактики ослабления вины и стыда, выстраивание адекватных защитных механизмов, использование авторитета в целях снятия синдрома хождения по кругу врачей
III	Состояние подавленности, синдром печали	Эмоциональная отстраненность друг от друга, раздражительность, порой снижение интереса к работе, замыкание в кругу семьи	Ослабление чувства вины и стыда, развитие рабочего сотрудничества, акцентирование на положительном. Информирование о возможностях ребенка, о медицинских, педагогических и социальных аспектах возможной помощи, включение семьи в систему общественной поддержки
IV	Реалистический этап: А) адаптационный период; Б) ориентационный период, выход из	Начало социально-психологической адаптации, обращение к специалистам, установление адекватных эмоциональных контактов. Родители начинают задавать вопросы: «Что можно сделать?», «Как можно помочь?». Активный поиск помощи и информации, увеличение социальных контактов, планирование будущего,	Выработка совместного решения на базе полного информирования семьи. Методика «Визуализация будущего» (структурные сценарии). Включение родителей в процесс коррекционной работы в качестве фасилитаторов. Использование методов гештальт-терапии для принятия ответственности за себя и свои решения. Оптимизация

	кризиса	включение в работу с ребенком.	внутрисемейных отношений, планирование будущего у ребенка.
--	---------	--------------------------------	--

Подобные проблемы могут быть частично решены путем тщательной организации самого процесса консультирования семьи на всех этапах, включая первый контакт с семьей (например, по телефону). Таким образом, каждый этап консультационного процесса (подготовка к консультации, первый сеанс консультирования, диагностика развития ребенка, заключительная беседа с семьей — выдача информации, принятие семьей решения на декларативном уровне) должен характеризоваться специфичной для него структурой психологической коррекции, присущими только ему методами и приемами психологической работы с семьей.

Рассмотрим эти этапы и особенности работы консультанта на каждом из них[5].

1. Подготовка к консультации. Независимо от того, были ли родители вынуждены прийти или пришли сами, характер первого контакта имеет особое значение. При первом контакте семью уведомляют о том, какая информация или документы необходимы. Желательно, чтобы в этот момент родители задали интересующие их вопросы, а также получили комментарии в отношении предполагаемой консультации, что позволило бы внести определенную ясность в их ожидания. Доверительным отношениям могут также способствовать некоторые справочные сведения о специалистах, фамилия и регалии консультанта, к которому они записаны, и т.п. Консультант, задавая вопросы, предварительно ориентируется в социально-бытовой ситуации в семье, ее составе и структуре, именах и отчествах ее членов. Подобная информация в значительной степени вызывает уважение родителей, повышает эффективность консультирования уже на первых этапах.

2. Сеанс консультации. Эффективность проведения этого сеанса в большой степени зависит от возможностей и навыков специалиста, ведущего прием. В основном, это те способности, которые создают климат доверительного общения с консультируемыми: эмпатическое сочувствие, понимание, уважение, позитивное отношение, искренность и конкретность.

Одним из важных компонентов психотерапевтической работы является способность к конфронтации. В то время как способности к сочувствию связаны с первоначальными шагами консультирования, конфронтация идет дальше, она показывает клиентам, что консультант отметил и осознал их противоречивость. Здесь необходимо ввести такое важное для консультирования понятие, как фазы коммуникации. Консультант должен взаимодействовать с семьей в определенной последовательности, не пропуская и не преуменьшая значения каждой фазы.

- Выявление уровня понимания родителями характера трудностей ребенка и уровня адаптации семьи к этой ситуации. Это должно быть выяснено до того, как родители сами начнут задавать консультанту вопросы.
- Внесение ясности в факты. На этой фазе родители освещают факты семейной жизни и развития ребенка. Они анализируются и аккумулируются консультантом. Важным моментом этого этапа является разъяснение родителям необходимости подобной работы, что заставляет их предварительно обдумывать эти факты.
- Информирование семьи. На этом этапе происходит не только передача информации семье, но и проверка того, что и как восприняли родители на предыдущих фазах работы.

Нельзя подавать информацию, не убедившись в том, что родители поняли позицию консультанта, его взгляд на проблемы семьи. Насколько четко и глубоко консультант может выразить свое понимание проблемы и свою позицию, зависит от самой семьи, ее эмоционального статуса, культурного уровня, принадлежности к определенному социальному слою или конфессии.

Обратная связь от консультанта к семье включает наблюдение за вербальными и невербальными реакциями, контроль эмоций, купирование нежелательных реакций. Следует отметить, что вся структура процесса консультирования: этапы и связанные с ними фазы коммуникации — находятся в тесной связи с динамикой эмоционального состояния родителей.

3. Принятие решения.

Это основной этап всего консультирования. Тем, насколько адекватно принято решение, насколько оно осознано семьей и насколько родители будут следовать ему в дальнейшем, определяется эффективность консультирования в целом. Необходимо, чтобы родители поняли, что это решение повлияет на жизнь их ребенка. Их точка зрения (пока лишь декларируемая) должна быть интегрирована в концепцию чувства ответственности. Один из методов, который может быть использован на заключительном этапе консультирования, — метод визуализации будущего («метод структурных сценариев»). Консультирующиеся должны попытаться вообразить свое будущее. Визуализация будущего является хорошей возможностью узнать о существовании альтернатив, а также представляет ценность для тех родителей, которые испытывают трудности с выражением своих чувств.

Существует *модель качеств профессионала–психолога*, важных для работы с семьей ребенка с ОВЗ. Очень велика роль профессиональных, этических качеств специалистов, вступающих в контакт с семьей[1]. Зачастую именно установки, способность консультанта как личности к осуществлению эмпатийного диалогического общения, утверждению

«другого Я» при сохранении собственного обеспечивает эффективность консультирования и необходимо родителям гораздо больше, чем просто владение различными техниками и процедурами коррекции. Выслушивая родителей, особенно если их слова откровенны и выстраданы, консультант, естественно, по-человечески сопереживает им, проникаясь симпатией или антипатией к кому-то из их окружения. Иногда эта идентификация с одним из родителей может стать очень сильной (Приложение Г).

Однако действия психолога будут более эффективны в том случае, если он будет мотивирован не этой эмоциональной идентификацией и сочувствием, а стремлением выполнить свою задачу как можно более профессионально. Недостаточный профессионализм в практике консультирования приводит к тому, что консультант может оказаться не столько союзником родителей, сколько «эмоциональным донором», подменяющим профессиональную деятельность тратой чувств и эмоций нередко в ущерб собственной жизни и семейным отношениям. Эти соображения присущи всем видам и системам семейного консультирования и психологическому консультированию в целом. В то же время необходимо отметить, что консультирование семьи с «проблемным» ребенком является наиболее сложным, профессионально опасным и в то же время наиболее благородным, особенно для начинающих психологов.

Большинство семей обращается в консультацию с целью получить от специалистов (психологов, дефектологов и т.д.) четкую программу действий по аналогии с рекомендациями врача. Они ждут однозначного ответа о степени «виновности» каждого из родителей (или подтверждения виновности специалистов, учреждений, которые принимали участие в рождении, развитии или воспитании ребенка), а лучше — некоего «рецепта», благодаря которому их малыш «вылечится». Причем большинство заранее не предполагает личного участия в развитии своего собственного ребенка. Однако их часто ждет разочарование, поскольку многие вопросы они должны будут решать самостоятельно. Ситуация усугубляется и большим разбросом социокультурных показателей семей, образовательным уровнем родителей. Известно, что отношение к консультированию и влияние специалистов различается у представителей различных слоев общества: лица с более низким уровнем развития и образовательным цензом более уважительно, если не сказать благоговейно, относятся к специалистам-консультантам, на них может повлиять даже недирективное воздействие. Нередко родители сами могут оценить значение сообщаемых фактов и после этого обратиться к консультанту. Но в любом случае необходимо таким образом организовать взаимодействие родителей со специалистами, чтобы семья впоследствии могла вполне осознанно принять решение, в той или иной форме подсказанное консультантом. Консультант должен осознавать, что его позиция, его тактики

консультирования не должны нарушать права родителей на определение судьбы своего ребенка, а в конечном счете — судьбы своей семьи[42].

Задания для самостоятельной работы.

1. Подберите стандартные психодиагностические методики, составьте диагностическую схему для исследования супружеских отношений, детско-родительских отношений. Проанализируйте полученные результаты, проинтерпретируйте их и разработайте рекомендации для консультирования семьи.
2. Выберите из группы человека, чем-либо напоминающем кого-то из вашей собственной семьи или, наоборот, восполняющего, по вашему мнению, недостающее в ней звено. Проинтервьюируйте друг друга и постройте геносоциограммы.
3. Сформулируйте перечень вопросов, которые консультанту-психологу следует задать молодой семье в начале проведения психологического консультирования для того, чтобы получить более полную информацию.
4. Сформулируйте для молодых супругов практические рекомендации по устранению психологической, функционально-ролевой, социокультурной несовместимости.
5. На конкретном примере охарактеризуйте стиль семейного воспитания, используемый родителями. Определите вид нарушения семейного воспитания и причины его возникновения. Спрогнозируйте возможные нежелательные последствия несогласованности стилей семейного воспитания.
6. Сформулируйте перечень вопросов, которые психологу следует задать семье в начале проведения психологического консультирования для получения более полной информации о взаимоотношениях детей и родителей.
7. Определите стиль семейного воспитания, используя стандартные психодиагностические методики. Дайте заключение и рекомендации по вопросам детско-родительских отношений.
8. Разработайте программы и проведите психодиагностическое исследование супружеских отношений: совместимости в браке, удовлетворенности брачно-семейными отношениями, согласованности семейных ценностей и ролевых установок в браке.
9. Составьте геносоциограмму собственной семьи, сделайте ее анализ и интерпретацию с целью получения первичного навыка сбора информации об истории семьи. Выявите повторения паттернов функционирования в поколениях семьи, совпадений жизненных событий.

10. Определите вид нарушения семейного воспитания и причины его возникновения. Спрогнозируйте возможные нежелательные последствия несогласованности стилей семейного воспитания.
11. Составьте схемы полуструктурированного интервью для получения более полной информации о взаимоотношениях детей и родителей в рамках психодинамической, поведенческой и структурной модели психотерапии.

ГЛАВА 2. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия – одна из самых молодых психотерапевтических школ, развивающихся в последнее время. Этот подход возник после Второй мировой войны, он развивался в тесном сотрудничестве с кибернетикой, и в этом его существенное отличие от других психотерапевтических подходов.

2.1. Классификация подходов в семейной терапии.

Школы семейной психотерапии.

Классификация различных подходов в семейной психотерапии представляет собой не простую задачу, так как, вследствие их открытости и гибкости, они постоянно эволюционируют. Происходит постоянный обмен понятиями и техниками. Школы семейной терапии редко соблюдают верность одному подходу, в результате чего тут существует значительный эклектизм [59].

В настоящее время семейная терапия представляет собой достаточно гибкий подход и может включать в себя индивидуальные встречи с членами семьи, работу с отдельными семейными подсистемами (супружеской, детско-родительской диадой, триадой – родители плюс проблемный ребенок, подсистемой sibсов и т.д.), нуклеарной семьей или с многопоколенной, распространенной семьей, делая при этом акцент на совместные встречи и планируя создание условий для изменения во всей семейной системе.

Что касается их теоретических представлений, то среди множества концепций выделяются два главных полюса: психодинамическая концепция и теория систем. Одна из ранних классификаций школ семейной терапии приведена в исследовании Комитета по семье Группы прогресса в психиатрии, предпринятом в 1965–1966 гг. в США [54]. Их доклад выделяет 3 теоретические позиции:

1. Психодинамическая теория (индивидуальная ориентация). Терапевты с такой позицией являются психодинамически ориентированными индивидуальными терапевтами, они рассматривают семейную терапию как один из методов среди прочих в своем терапевтическом репертуаре. Они иногда работают с семьей, сохраняя фокус внимания на индивидуальном пациенте. Семья рассматривается тут как стресс-фактор, с которым должен справиться пациент. Обычно терапевт данной ориентации склонен ценить сбор информации из прошлого, диагноз, выражение аффекта и инсайт.

2. Теория систем (межличностная ориентация). Терапевты с этой позицией используют исключительно системную семейную ориентацию. Они рассматривают семейную терапию не как одну из методик, но как фундаментально новый подход к проблеме психического здоровья. Вся терапевтическая деятельность тут направлена на семью в целом. Для терапевта важно участие всей семьи и последовательность действий ее членов. Отказываясь видеть в отдельном члене семьи пациента, терапевт данной ориентации смотрит на него как на «носителя симптома», отражающего дисфункцию семейной системы. Терапевты данной ориентации антиисторичны, ориентированы на актуальное взаимодействие. Они склонны избегать индивидуального нозологического диагноза. Выражение аффекта тут не считается необходимым. Вместо того чтобы поощрять членов семьи открывать неприятные чувства друг перед другом, терапевт работает над проблемами во взаимоотношениях, которые продуцируют эти неприятные чувства.

3. Эклектичная ориентация. Терапевты занимают позицию между предыдущими двумя полюсами – в семейной терапии они склонны объединять психодинамические и системные концепции и подходы[50].

2.2 Семейная системная психотерапия.

Важно понять с самого начала, что человек при этом подходе не является объектом воздействия и клиентом. Клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она - объект психотерапевтического воздействия.

Развитие семейной психотерапии не связано с развитием индивидуальной психотерапии. «Исследование семьи как системы не имеет ни истории, ни общепринятых понятий, ни установленных открытий» [43]. В своей монографии авторы[40] утверждают, что их анализ литературы не выявил никаких данных о том, что системная семейная психотерапия «выросла» из каких бы то ни было ранее существующих теоретических положений в психотерапии.

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Бергаланфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого «организмического взгляда на мир». Для этого взгляда характерны два положения:

- а) целое больше, чем сумма его частей;
- б) все части и процессы целого взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга.

Итак, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья - это социальная система, т. е. комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Семья - это «живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл» [64].

Семейная система - это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система – это самоорганизующаяся система, т. е. поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой (там же). Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают так, или иначе под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Поэтому целесообразно работать со всей семейной системой, а не с одним ее элементом.

Семейная система – это группа людей, связанная общим местом проживания, совместным хозяйством, а главное - взаимоотношениями. То, что происходит в семье, часто не зависит от намерений и желаний людей, входящих в эту семейную систему, потому что жизнь в семье регулируется свойствами системы, как таковой. В этом психотерапевтическом подходе утверждается, что намерения и поступки людей вторичны и подчиняются законам и правилам функционирования семейной системы. Это – так называемый принцип тотальности системы.

Анализируя семейные истории и семейные генограммы, Мюррей Боуэн [15] пришел к некоторым интересным наблюдениям: он заметил, что существуют определенные стереотипы взаимоотношений, которые повторяются и воспроизводятся в поколениях (Приложение В). Представим себе, что в некоторой семье существовал определенный конфликтный стереотип в отношениях матери и сына. По мнению Боуэна, если конфликты не изживаются в процессе жизни и взросления человека, в данном случае сына, то это есть признак семьи с низким уровнем дифференциации ее членов друг от друга. То есть он считал это такой особенностью семейной жизни, которая тормозит все дальнейшее психическое развитие ребенка, растущего в подобной семье. Так вот, если такой конфликт (даже если мать с сыном не живут вместе уже 10 лет и не видятся) остается неотработанным,

неотреагированным в психическом содержании сына, то он обязательно воспроизведется в отношениях этого человека с его собственной женой.

М. Боуэн разрабатывал теорию дифференциации, о которой мы будем говорить ниже более подробно, но в общем виде его идея, которая используется очень активно и в последнее время подтверждается экспериментальными исследованиями, звучит так: если есть дисфункция по вертикали, значит, она повторится по горизонтали. Он разработал генограмму, сформулировал принцип дифференциации, оставил огромное количество замечательных клинических наблюдений за плохо дифференцированными семьями. Он был пионером семейной психотерапии, хотя «дизайн» приема у него был еще индивидуально-психотерапевтическим[19].

Большое влияние оказал клиент-центрированный подход Карла Роджерса. В семейной терапии выразителем его идей была Вирджиния Сатир. Она стала принимать семьи целиком. Несвободный от традиций психоанализа, Мюррей Боуэн размышлял над тем, как семейное прошлое влияет на семейное настоящее. В отличие от него, Вирджиния Сатир прежде всего обращала внимание на настоящее пришедшей к ней семьи, на текущие отношения людей. Она, таким образом, действовала в соответствии с базовым принципом клиент-центрированного подхода: «Самое важное значение в психотерапии имеет ситуация здесь и теперь» [6].

Вирджинию Сатир больше всего интересовали те изменения, которые она могла осуществить здесь и теперь в своем кабинете. Все техники, которые она развивала и которые до сих пор очень эффективны, – это техники изменения семейной ситуации здесь и теперь, быстро, прямо сейчас. Важно было создать для людей новый опыт взаимодействия, новый опыт ощущений, совместно пережитый в кабинете психотерапевта. Была еще одна причина использования принципа «здесь и теперь». К Вирджинии Сатир часто приходили семьи, посланные на курс семейной терапии по постановлению суда. В начале 60-х годов в Америке стала развиваться гуманистическая идея о том, что, вместо того чтобы наказывать человека за преступления, сажая его в тюрьму, лучше попытаться его вылечить – принудительно отправить на психотерапию. Перед профессионалом, который обслуживал муниципальные структуры, ставили задачу: посылаем к вам семью, в которой живет наркоман; добейтесь того, чтобы он перестал употреблять наркотики и стал работать. Это вполне реально, и психотерапевты, работающие в странах, где существует развитая система медицинского страхования, часть своего времени посвящают решению такого рода задач[10].

Сальвадор Минухин рассматривал границы семей и коалиции, существующие в ней, и выявил некую закономерность, которая сейчас уже всеми признана, а именно: вертикальные коалиции – дисфункциональны, а горизонтальные коалиции – функциональны[8].

Существует стратегическая системная семейная терапия. ДжейХейли, КлуМаданес – очень известные имена в этом подходе. Стратегическая семейная терапия ориентирована прежде всего на решение проблем в русле ProblemSolvingapproach. Они сосредотачивают свое внимание на системном симптоме и вырабатывают комплекс предписаний, направленных на снятие симптома. Миланская школа ищет ведущий симптом в системе (собственно, все они ищут симптом в системе) и разрабатывает систему целостных воздействий на симптом, чтобы сразу изменить системное взаимодействие. Много занимается парадоксальными техниками, потому что жизнь в семейной системе действительно парадоксальна. Для того чтобы эти парадоксы разрушить, выдвигаются контрпарадоксы. Эта школа больше всего занимается семейными мифами, правилами и воздействует в основном на эти параметры[19].

Семейная система, так же как любая другая система, функционирует под воздействием двух законов: закона гомеостаза и закона развития.

Закон гомеостаза формулируется очень просто: каждая система стремится сохранить свое положение, каким бы оно ни было.

Согласно *закону развития*, каждая семейная система должна пройти свой жизненный цикл (Приложение Г). Жизненный цикл семьи – это некая последовательность смены событий и стадий, которые проходит любая семья[28].

Различают два уровня изменений в системе: изменения первого порядка и второго порядка. Изменения *первого порядка* – это структурные изменения. Семья может разъехаться, кто-то может умереть, может произойти развод - любое изменение, связанное с физическим присутствием, с географией.

Когда происходят изменения *второго порядка* –меняются отношения людей вместе с изменением структуры. Удачная семейная терапия бывает тогда, когда происходят изменения второго порядка[19].

Любую семейную систему можно описать шестью параметрами[10].

- стереотипы взаимодействия;
- семейные правила;
- семейные мифы;
- границы;
- стабилизаторы;
- семейная история.

Первый параметр семейной системы — это *стереотипы взаимодействия* – сообщения и взаимодействия, которые часто повторяются. Некоторые типы взаимодействий являются патогенными (патогенные стереотипы взаимодействия) [3].

Второй параметр семейной системы — *это семейные правила*.

Правила бывают культурно заданными - и тогда они разделяются многими семьями, а бывают уникальными для каждой отдельной семьи.

Семейный психотерапевт должен уметь быстро определять некоторые важные правила функционирования семейной системы. Нет содержательно дисфункциональных правил, за исключением правил, которые позволяют осуществлять насилие любого рода в семье.

Дисфункциональность задается ригидностью, т. е. любое трудно изменяемое правило - дисфункционально. Там, где передоговорвозможен, где правила можно менять, там семейная дисфункция наступает реже. Семейные правила составляют внешнюю основу семейных мифов[9].

Семейные мифы — это третий параметр семейной системы.

Это такое сложное семейное знание, которое является как бы продолжением такого предложения, как: «Мы - это...». Семейному психотерапевту нужно понимать содержание мифа, потому что без этого понимания часто неясны мотивы поступков людей, которые живут в этой системе[14].

Четвертый параметр семейной системы — это *границы*.

Любая система имеет свои границы, которые определяют ее структуру и, соответственно, содержание.

Когда семейный терапевт описывает семейную систему, он описывает и ее границы, отвечает на вопрос о том, где, какие и как проходят границы. Почему происходит перестройка границ? [17]

Пятый параметр семейной системы — это *стабилизаторы*.

Функциональные стабилизаторы – общее место проживания, общие деньги, общие дела, общие развлечения. Дети, болезни, нарушения поведения – дисфункциональные стабилизаторы.

Семейная история — это шестой параметр семейной системы.

Многие стереотипы поведения воспроизводятся в поколениях. Многие закономерности взаимодействия воспроизводятся в поколениях. С помощью генограммы можно узнать семейную историю и правильно ее записать[10]. Условные знаки для составления генограммы указаны в приложении А.

В генограмме на полях указываются имена, даты рождения и смертей, а также важные события в жизни семьи (переезды, решительные изменения образа жизни, насильственные смерти, аресты, какое-то хроническое заболевание, которое потом резко меняет жизнь) [16].

Семейная история дает определенные стереотипы и особенности, которые повторяются из поколения в поколение. Есть определенные закономерности, которые почти всегда воспроизводятся. В генограмме существуют разные детали, которые указывают на особенности функционирования систем[13].

Мюррей Боуэн, как и другие основатели семейной психотерапии, начал свою деятельность в этой области в 50-е годы.

Мюррей Боуэн по своей профессиональной подготовке тоже был психоаналитиком. Однако его учитель, психиатр Гарри Стэк Сьюлливан, хотя и был психоаналитиком, уделял большое внимание роли межличностных отношений в личностном развитии. Он утверждал, что для понимания поведения индивида необходимо исследовать его «относительно стабильные паттерны повторяющихся межличностных ситуаций». Работая преимущественно с шизофрениками, он заметил, что манифестация болезни часто происходит в пубертате - в кризисный для семьи период сепарации подростка, - и это наблюдение побудило его предположить, что семейная ситуация пациентов существенно влияет на ту дезориентированность, которая в конечном счете может привести к шизофрении. Взгляды Сьюлливана оказали значительное влияние на теорию М. Боуэна[19].

В 1948 г. Фрида Фромм-Райхман, другой учитель Боуэна, ввела понятие «шизофреногенной матери», обозначающее доминантную, холодную, отвергающую, властную, продуцирующую чувство вины личность, которая, вкупе с пассивным, отстраненным и неэффективным отцом, делает своего ребенка дезориентированным, неадекватным и в конечном итоге - шизофреником. Согласно этому рассуждению, такая мать является причиной возникновения шизофрении у ее ребенка.

Основой подхода явилась общая теория систем, впервые сформулированная биологом Людвигом фон Бергаланфи в 40-е годы. Семья, как и всякая система, - нечто большее, чем сумма ее членов; это еще и их взаимодействие, определяемое структурой, правилами, стереотипными способами реагирования друг на друга и на внешнюю среду. Вопрос индивидуального диагноза не ставится вообще[11].

В начале и середине 50-х годов исследованиями семейных взаимодействий в семьях больных шизофренией занимались в основном три научные группы, представляемые Грегори Бейтсоном в Пало-Альто, Теодором Лидсом в Йеле и Мюрреем Боуэном в Национальном институте психического здоровья. Эти три научных проекта и положили начало фундаментальным концепциям семейной терапии. Начиная с этих ранних исследований, Боуэн стремился выстроить связную и всеобъемлющую теорию развития семьи, которая служила бы полным обоснованием терапии. Это определяет его особое место

глобального теоретика в области семейной терапии и его рациональный, «церебральный» подход к терапии[24].

В своем современном состоянии боуэновская теория семьи как системы эмоциональных отношений состоит из восьми взаимопереплетающихся друг с другом концепций.

I. Дифференциация «Я»

Чем ниже уровень дифференциации, тем легче мыслительные процессы подпадают под власть эмоций и тем более низкий уровень стресса достаточен для того, чтобы поведение подпадало под власть аффекта; соответственно, тем выше зависимость эффективности поведения индивида от ситуации.

Недифференцированность, значительное слияние эмоций и мышления, означает, что при взаимодействии в группе индивид легко вступает в эмоциональное слияние с другими людьми. Семья, состоящая из недифференцированных индивидов, может быть названа эмоционально слитной. Для описания устройства такой семьи Боуэн еще на ранней стадии разработки своей теории ввел понятие «недифференцированной семейной эго-массы». Речь идет о некоем конгломерате эмоционального единства. Этот конгломерат определяет эмоциональные силы в нуклеарной семье, оказывающие воздействие на паттерны как индивидуального поведения, так и семейного[19].

Недифференцированность на индивидуальном уровне – это эмоциональная незрелость, низкая стрессоустойчивость, зависимость от массового сознания и мнения окружающих, догматизм, нереалистическая самооценка; как семейная характеристика - это сверхблизость или отчужденность между членами семьи, зависимость эмоционального состояния каждого члена семьи от одного и того же фактора семейной атмосферы; ригидность семьи как системы, т. е. плохая ее способность приспосабливаться к переменам (в частности - переходить с одной стадии жизни на другую).

II. Треугольник

Структура, включающая в себя троих человек. Треугольник позволяет формировать устойчивые каналы эмоциональной разрядки и точки фиксации тревоги, он более гибок и устойчив к стрессу. Когда уровень тревоги падает, третьего «отпускают»: пара возвращается к прежнему мирному сосуществованию. Если же в треугольнике уровень тревоги становится чрезмерным, кто-то из его членов может привлечь четвертую сторону. Чем более слитна семья, тем активнее в ней триангуляционные процессы, предотвращающие переход напряженности на такой уровень, когда система может разрушиться[15].

Следует заметить, что для триангуляции может использоваться не только человек. Это могут быть самые разные другие объекты, от домашнего животного до работы, хобби, религиозной активности, идеологии и т. д.

При супружеской терапии пара обычно стремится триангулировать терапевта, что подвергает испытанию его уровень дифференцированности. Чтобы избежать триангуляции и остаться заинтересованным партнером, находящимся в осознанном контакте с обоими супругами, терапевт должен оставаться нейтральным в их конфликте, не становясь ни на чью сторону.

III. Ядерная эмоциональная система

Люди имеют тенденцию выбирать партнеров с уровнем дифференциации, соответствующим их собственному. Дифференцированность можно рассматривать как семейный параметр, характеризующий так называемую ядерную эмоциональную систему. В случае слитной семьи эта система легко становится нестабильной и начинает искать равновесия путем снижения напряженности. Чем выше слитность семьи, тем больше выражены в ней тенденции к увеличению эмоциональной дистанции между супругами, хроническому супружескому конфликту, физической или эмоциональной дисфункции супруга к появлению психологических нарушений у ребенка[8].

IV. Процесс семейной проекции

Чем более слитна семья, тем больше вероятность триангулированности и обусловленных ею психологических повреждений нескольких детей. Этим детям, кроме того, сложнее, чем другим, отделиться от родительской семьи, в которой они выполняют важную функцию. С одной стороны, они имеют там достаточно высокий статус и обладают особой значимостью. С другой - их психологическое развитие заторможено, и перспектива добывания «места под солнцем» в широком социуме может быть для них особенно пугающей[11].

V. Эмоциональный разрыв

Ребенок пытается осуществить это путем дистанцирования-географического и/или психологического - с помощью иллюзии «свободы» от семейных уз вследствие эмоционального разрыва. В терминах теории Боуэна взрослый должен достигать достаточной степени дифференцированности по отношению к родительской семье, и в особенности это относится к психотерапевтам. Если семейный терапевт будет триангулирован в конфликт собственной - интернализированной - родительской семьи, он повышенно склонен триангулироваться в конфликты своих клиентских семей путем идентификации с кем-то из членов клиентской семьи или проекции собственных проблем[4].

VI. Межпоколенческая передача

Эта концепция позволяет описать процесс формирования тяжелой дисфункции в результате снижения уровня дифференциации от поколения к поколению. Здесь существенны два фактора: процесс семейной проекции и выбор супруга со сходным уровнем дифференциации. В результате действия этих факторов некоторые дети в семье (те, что триангулированы) имеют более низкий уровень дифференциации, чем родители. Дети этих детей, соответственно, будут столь же или еще более слабо дифференцированы [28].

VII. Сиблинговая позиция

Паттерны взаимодействия между партнерами связаны с порядком их рождения. Причем существенно скорее не возрастное старшинство, а функциональная роль «старшего» и «младшего». В некоторых семьях функциональную роль «старшего» выполняет младший ребенок и наоборот[31].

VIII. Социумная регрессия

В обществе, так же как и в семье, происходит борьба сил дифференциации и слияния. В периоды хронического стресса, социальных или природных потрясений силы дифференциации должны ослабевать. Согласно утверждению Боуэна, сделанному в 1977 году, за последние несколько десятилетий функциональный уровень дифференцированности общества снизился[51].

Стандартный формат для Боуэна – работа со взрослой парой, даже в том случае, если идентифицированный пациент - ребенок. В последнем случае он предлагает родителям исходить из предпосылки, что проблема – между ними двумя. Боуэн предъявляет себя клиентским семьям как исследователь, помогающий членам семьи самим стать исследователями собственного функционирования. Он полагает, что психотерапевт, в принципе не является необходимым: удачное добавление к семейной системе значимого другого человека (будь то друг, терапевт, священник и т. д.) может изменить все отношения в семье. Главное - чтобы этот человек оставался в эмоциональном контакте с двумя наиболее значимыми членами семьи, но не был ими триангулирован. Этого достаточно для повышения уровня дифференциации каждого члена семьи[52].

Нередко Боуэн избирает в качестве агента изменения одного члена семьи, обычно - более дифференцированного, и некоторое время работает с ним одним. Боуэн исходит из того, что, если этому человеку удастся занять «Я»–позицию (т. е. нетриангулированную), вся система отношений в семье изменится, и остальные ее члены будут мотивированы двигаться в том же направлении[40].

Значительное внимание Боуэн уделяет взаимодействию в расширенных семьях. Он дает задания клиентам навещать родителей, обучая их предварительной работе дифференциации. Восстановление контактов с родительской семьей рассматривается как

критическое условие устранения остаточной тревоги, достижения детриангуляции из детской семьи.

Методологические принципы системной семейной психотерапии.

I. Циркулярность

Все события, которые происходят в семье, подчиняются не линейной причинности, а круговой. Событие А не есть следствие события Б; событие А порождает событие Б точно в такой же степени, как событие Б порождает событие А.

Видеть круговую причину событий, происходящих в системе, – первый методологический принцип системной семейной психотерапии. Джанфранко Чеккин на Международной конференции по семейной психотерапии в Дюссельдорфе в 1989 году в своем докладе особенно подчеркивал, что линейное объяснение событий, происходящих в семье, лежит в основе насилия и жестокости. «Ребенок плохо учится, потому что он ленив. Будем бороться с ленью беспощадно» После такого рассуждения ребенок становится лишь носителем лени, лишается своего человеческого качества[53].

II. Гипотетичность

Основной вопрос, который задает себе семейный психотерапевт: «Зачем в семье происходит то, что происходит?».

Первичная гипотеза терапевта и определяет его стратегию беседы с семьей. В тех случаях, когда у терапевта не сформулирована первичная гипотеза, его беседа с семьей хаотична, нередко инициативу в ведении беседы берет на себя самый мотивированный член семьи. Содержание предварительной беседы позволяет сформулировать системную гипотезу еще до начала непосредственной работы с семьей[59].

Вопросы, которые необходимо задать во время телефонного разговора[5].

- На что жалуется звонящий? (Коротко, только основноесупружеская проблема или детско-родительская?)
- Кто является инициатором обращения?
- Каков состав семьи?
- Сколько лет детям и другим членам семьи?

Анализ ответов на эти вопросы позволяет составить предварительную системную гипотезу. При очной встрече с семьей психотерапевт проверяет правильность этой предварительной гипотезы. Обычно первичная гипотеза неверна, почти всегда она неполна. Но она позволяет вычислить стадию жизненного цикла, на которой находится семья, а это, в свою очередь, является информацией о наиболее вероятном кризисе, который может переживать семейная система. Все это и позволяет сформулировать *первичную гипотезу*.

I. Нейтральность

Нейтральность – это спокойное, сочувствующее, доброжелательное отношение к каждому члену семьи в равной степени, что бы там ни происходило[59].

Нейтральность имеет отношение к профессиональной позиции. Нейтральность тем более важна в России, потому что в нашей культуре существует детоцентризм. Психотерапевты в своей массе – это женщины, которые всегда готовы стать на сторону ребенка; это социально одобряемое поведение. И как только эта женщина-психотерапевт становится на сторону ребенка, она получает в лице мамы этого ребенка тормоз для оказания психотерапевтической помощи. Поскольку никакая мама не будет согласна, что какая-то тетя-психотерапевт будет для ее ребенка более близким человеком, чем она сама[18].

Нейтральность бывает позиционная и тактическая[10].

Тактическая – когда семейный психотерапевт дает травную возможность сказать и быть услышанными всем членам семьи.

Позиционная нейтральность – вещь внутренняя. Это способность сочувствовать и понимать всех, не принимать ничью сторону.

Нейтральность совершенно необходима для эффективной работы.

II. Психотерапевтические воздействия

Широко используемая и универсальная техника – *циркулярное интервью*. Психотерапевт общается с семьей, задает ей вопросы, внимательно следит за тем, чтобы члены семей, находящихся в конфликте или в аффекте, не общались между собой на приеме совсем. Циркулярное интервью – это не прямые вопросы, задаваемые в определенной последовательности разным членам семьи на определенные темы.

Возможные темы циркулярного интервью[10]:

Способ переноса и ожидания – первые вопросы, которые здесь задаются: кто направил, что говорил, на что ориентировал?

Второе – это проблема, которую они предъявляют.

1. Как проблема выглядит в настоящее время?
2. Когда она возникла? На каком фоне что было?
3. Если эта ситуация возникает не первый раз, как раньше с ней управлялись?
4. Система понимания проблемы. Понимает ли клиент, почему происходит то, что происходит?
5. Как проблема включена в цикл взаимодействия? Это типы взаимодействий, о которых мы говорили выше.
6. Что является триггером, спусковым крючком? Что запускает это взаимодействие?
7. Что может быть сделано, чтобы проблема не усугубилась?

Самое простое и одновременно самое сложное - найти позитивную сторону страданий (позитивная коннотация).

8. Каковы положительные стороны проблем?

9. Какие ресурсы использовались для жизни с этим симптомом? Как все эти перечисленные выше пункты можно оформить в вопросы циркулярного интервью?

Следующая группа вопросов – про будущее.

Если ничего не изменится, что произойдет в семье? Через 2 года, через 5 лет?

Если что-то изменится, что будет в семье?

Это базовые темы циркулярного интервью. Последовательность вопросов - не жесткая.

III. Этапы воздействия на семейную систему[10]

Первый класс приемов относится к области обратной связи.

Культуру обратной связи задают следующие требования.

1. В обратной связи должна быть позитивная коннотация -положительное переформулирование ситуации.

2. Второй этап воздействия –это предписания, которые даются членам семейной системы.

Предписание – это финальная фаза приема, предписание поведения, поведенческого ритуала. Предписание может быть парадоксальным, направленным на усиление симптома. Предписание может быть прямым, задающим какой-то вариант поведения, задающим какой-то ритуал. Еще бывает предписание, которое фокусирует проблему, расставляет границы и т. д.

IV. Общая схема работы с семьей

Инициатор обращения звонит по телефону, и семейный психотерапевт задает ему минимально необходимое количество вопросов, чтобы сформулировать первичную гипотезу. Лучше всего, когда с семьей работает психотерапевтическая команда. В этом случае психотерапевт – это представитель команды. Команда обсуждает первый телефонный разговор и формулирует первичную гипотезу. Семья приходит на прием. Психотерапевт беседует с семьей, а команда (еще один-три человека) наблюдает за процессом приема из другого помещения с помощью зеркала Гезелла. Зеркало Гезелла– однонаправленное: со стороны приемной комнаты оно выглядит как зеркало, со стороны наблюдающей команды - это прозрачное стекло. Между этими смежными помещениями существует телефонная связь. Существует несколько моделей участия команды в работе с семьей. Члены команды могут вмешиваться непосредственно в процесс приема по телефону с просьбой задать тот или иной вопрос, изменить позу или пересесть. Последнее бывает в тех случаях, когда команде

кажется, что психотерапевт слишком долго или слишком часто общается с каким-то одним членом семьи, то есть нарушает техническую нейтральность. В других моделях команда не вмешивается в процесс приема, но планирует встречу и обсуждает ее по окончании приема.

Обычно процесс приема занимает до полутора часов. В течение часа осуществляется циркулярное интервью, затем психотерапевт оставляет семью, а сам удаляется к команде. Они обсуждают случай, формулируют специальные психотерапевтические воздействия, которые через полчаса психотерапевт излагает устно и письменно. Назначается следующая встреча. Семья удаляется. Такова классическая модель[12].

В последнее время предлагается несколько новых моделей командного взаимодействия. Том Андерсон, норвежский семейный психотерапевт, предложил модель рефлектирующей команды. Терапевтическая команда обсуждает свои впечатления и наблюдения о приеме в присутствии семьи. Это обсуждение строится по определенным правилам - безоценочность, бездискуссионность и позитивное мышление[22].

2.3. Особенности психотерапии с семьей, воспитывающей проблемного ребенка.

Семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждаются в длительном психолого-педагогическом и медико-социальном сопровождении, зависящем не столько от формы отклонения и его тяжести, сколько от личностных особенностей самих родителей.

В процессе семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии возникают множество трудностей, определенная часть которых спровоцировано самими специалистами, работающими в данный момент с родителями. Очень часто информация о состоянии здоровья ребенка подается весьма некорректно – внезапно и в полном объеме. Родители оказываются не подготовленными к такому рода сообщению и в силу этого не способными адекватно ее воспринять. Специалист стремится дать как можно более полную картину всех сторон заболевания ребенка, тем самым по мимо своей воли, рисует в сознание родителей резко отрицательный, пугающий образ их сына или дочери[21].

Опытный специалист должен понимать, что подача информации должна быть правдивой, но парциальной. Это предоставляет родителям определенную возможность и время для ее осмысления и обсуждения со специалистом. Полезно, чтобы специалист воссоздал в сознании родителей достоверную, но не трагическую ситуацию развития их

ребенка. Помощь родителям, переживающим потрясение из-за невозможности осуществить амбиции в отношении оказавшегося отсталым ребенка, различна [22].

Тем, у кого имелись характерологические особенности или невротические симптомы до рождения ребенка, необходимо назначить соответствующее психотерапевтическое или медикаментозное лечение. Для других требуется длительная консультативная и просветительская помощь. Этолишний раз говорит о необходимости дальнейшей разработки индивидуального и дифференцированного подхода в оказании психологической помощи подобным семьям.

Особое внимание в процессе психологической помощи следует, безусловно, уделять матери ребенка, ибо в ситуации семейного воспитания основная нагрузка падает именно на нее. Для большинства матерей характерна жертвенность в отношении собственного ребенка. Но в этой позиции заложен определенный элемент вынужденности, неизбежности, отсутствия определенной степени свободы. Больной ребенок и жертвенность по отношению к нему в значительной степени ограничивают возможности матери в самореализации, что также тяжело переживается ею. К этому следует добавить, что сама по себе материнская жертвенность воспринимается чаще всего окружающими и членами семьи как нечто самособой разумеющееся. Это переживается матерями как форма несправедливости и непонимания. Именно поэтому, большинство матерей нуждаются в поддержке и поощрении [9].

Часть мам акцентированы в своем отношении к ребенку на жертвенности, а на ощущении любви к ребенку, чувстве единства с ним. Именно подобные матери легче и быстрее переживают кризис рождения больного ребенка. Снижение уровня требований в процессе семейного воспитания ребенка, так или иначе, затрудняет процесс социальной адаптации последнего.

Опыт показывает, что в первую очередь склонны снижать требовательность к ребенку матери с низкой самооценкой и невысоким уровнем притязаний. Нередки случаи, когда при отсутствии адекватно своевременной социальной помощи семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, распадаются. В подобных ситуациях матери не всегда оказываются способными создать необходимые условия для развития нестандартного ребенка [36].

Анализ многочисленных ситуаций распада подобных семей показывает, что подлинной причиной выступает не сам больной ребенок, а неустойчивость эмоциональных связей между супругами, что в свою очередь обесценивает в глазах отца самого ребенка. С сожалением приходится констатировать, что многие из этих семей в силу неустойчивости эмоциональных связей, так или иначе, находятся в группе риска по фактору

распада. И причиной последнего может стать практически любое конфликтное событие в жизни их семьи[37].

В процессе сопровождения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, специалист постоянно должен нацеливать родителей на то, что решение проблем на одном возрастном этапе потребует не меньших, а то, и значительно больших усилий, при реализации иных проблем в более старшем возрасте. Формирование подобных общих установок не лишне еще и потому, что в сознании многих родителей воспитывающих детей с отклонениями в развитии весьма часто доминирует представление о том, что по мере взросления ребенка усилия по его воспитанию могут уменьшаться. Именно поэтому весьма часто новые возрастные проблемы застают родителей врасплох, создавая ощущение безрезультатности всех прежних усилий[38].

Говоря о родительских установках А. С. Спиваковская, справедливо выделяет три основных характеристики: *адекватность, динамичность и прогностичность*[39]. Каждая из перечисленных характеристик представляет собой одно биполярное свойство отношений родителей к ребенку в процессе его воспитания. Указанные характеристики тесно между собой увязаны, но определяющей из все же является первая. Именно то, насколько родители осведомлены в сфере индивидуальных особенностей собственного ребенка, зависит пластичность и гибкость процесса его воспитания и возможность своевременного предвидения определенных изменений в самом ребенке и в характере отношений с ним.

Педагог и психолог, работающие с родителями нестандартных детей должны учитывать определенное своеобразие родительских установок в подобных семьях. Прежде всего, это касается первой из перечисленных нами характеристик. Развитие особого ребенка протекает весьма атипично и более сложно в сравнении со здоровым ребенком. Именно это в большинстве случаев является причиной не вполне верных представлений родителей о характере развития своего ребенка. Не редко родители видят в поведении ребенка только болезненные проявления и не замечают общих возрастных особенностей и положительных изменений[47].

Ребенок воспринимается как негативное статичное существо. Стратегия воспитания при таком понимании ребенка основана на охранительном режиме и исключении всякой инициативы. Прогностические стороны родительского отношения к ребенку с отклонениями в развитии всецело связаны с бытием самих родителей. Будущее ребенка мыслится как неизменное и позитивное до тех пор, пока живы родители.

Многие исследователи отмечают и иной характер родительских установок. Так для части родителей свойственно так же неадекватное понимание природы детского развития,

сочетающееся сособым характером динамичности. В самом отклонении в развитии родители могут невидеть никакой проблемы, считая, что все со временем само собой пройдет и особые усилия по воспитанию ребенка излишни. В таком случае и прогноз выглядит в глазах таких родителей неадекватно позитивным. Таким образом, можно подчеркнуть важность формирования у родителей адекватных представлений о общих и специфических характеристиках развития их ребенка. Подобное видение процесса развития собственного ребенка в большей степени характерно для весьма самоуверенных отцов с завышенной самооценкой, которую они переносят и на своего ребенка[55].

Педагогическая несостоятельность некоторых родителей весьма часто проявляется в применении ими физических наказаний. При этом насилие над детьми родители объясняют именно их отставанием в развитии, тем, что обычные воспитательные меры ребенок невоспринимает. Такой позиции могут придерживаться иногда хорошо образованные родители. Подобное отношение можно встретить не только у жестоких по характеру родителей, но и у лиц с невротическими симптомами, ощущающими себя беспомощными и слабыми.

Но гораздо чаще встречается ситуация родительского отвержения. Она проявляется в том, что, обеспечивая ребенку физический уход, родители не проявляют искреннего интереса к ребенку, точнее говоря, они имитируют подобный интерес. Ситуация, в которой ребенку явно не хватает эмоционального тепла родителей, негативно сказывается на всех сторонах его психического развития. Сказанное означает, что корни всех недостатков воспитания, так или иначе, кроются в неправильных или неполных представлениях родителей о психофизическом развитии своего ребенка[58].

Характер этих представлений, так или иначе, опосредован личностными особенностями самих родителей, что в итоге формирует систему отношений к ребенку и стиль семейного воспитания. Родители, испытывающие чувство любви к друг другу и к ребенку, как правило, весьма вдумчиво попытаются понять его состояние и особенности его развития. Это сочетается с оптимистическим отношением к самому ребенку, к прогнозу его развития и пониманию его будущего. Последнее рассматривается реалистично, как менее многовариантное, но при этом позитивное даже в том спектре сокращенных возможностей самого ребенка. Подлинная безусловность любви родителей к ребенку создает в семье атмосферу уверенности и оптимизма, взаимной поддержки и помощи[48].

В семьях, где существование ребенка воспринимается с безразличием, родители, как правило, не видят особых проблем в его развитии. Таким же образом воспринимается и представляется его будущее, над которым родители серьезно не задумываются.

Если в семьях первого типа, так или иначе, высказываются тревоги и опасения по поводу будущего ребенка, но эти опасения, тем не менее, адекватны, то в семьях второго типа бессодержательность будущего ребенка сочетается с отсутствием тревог. В подобных семьях, отношения между супругами характеризуются отстраненностью и безразличием, хотя и острые конфликты возникают весьма редко. Третий тип семей демонстрирует отсутствие теплой привязанности и любви у супругов. Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается болезненно как серьезная личная проблема, помеха в жизненном благополучии. Во многом это обусловлено тем, что личное бытие воспринимается как отдельное от других членов семьи, параллельно своим. Партнер по браку воспринимается как функциональный элемент собственного бытия. Проблемы, связанные с особенностями развития и воспитания ребенка воспринимаются как непреодолимые и чуждые. Именно поэтому будущее ребенка оценивается как лишённое всякого рода перспектив и позитивных сторон [49].

Личностные черты родителей семей первого типа преобладают оптимизм, жизнерадостность, уверенность в своих силах, доверие к окружающим, стремление относиться по преимуществу безоценочно. Отсутствует стремление переделывать людей и воспитывать. Проблемные ситуации рассматриваются как важнейший атрибут жизни. Преобладает интернальный локус-контроль. В коррекции личностных черт родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, следует ориентироваться именно на указанные характерологические черты.

Само направление коррекционной работы может носить двунаправленный характер. Прежде всего, это изменение отношений к самому ребенку и способов взаимодействия с ним. Но не менее важна и работа с характером отношений между самими родителями и коррекция их негативных характерологических черт, добиваясь через это изменения отношений к ребенку.

Появление в семье ребенка-инвалида является причиной сильного стресса для родителей, в первую очередь для матери. Одни семьи справляются с данной жизненной ситуацией, другие застревают на этапе ее осознания, неприятия. Пребывание в состоянии длительного стресса может приводить к психическим расстройствам, психосоматическим заболеваниям родителей, к нарушению функционирования семьи в целом [12].

Нарушения семейных взаимоотношений, в свою очередь, усугубляет нарушения развития ребенка, уже имеющего проблемы со здоровьем. Кроме того, тесное взаимодействие матери и больного ребенка, обучение ее приемам коррекции очень важно для коррекции моторного и психического развития ребенка, увеличивает эффективность реабилитации.

Следовательно, большое значение в реабилитации детей-инвалидов имеет оказание психологической помощи семье, в первую очередь маме, в вопросах воспитания, принятия ребенка и взаимодействия с ним.

Как следует из результатов исследования, матери детей-инвалидов, в отличие от матерей детей с компенсацией, больше сосредоточены на своем плохом самочувствии, импульсивны, испытывают тревогу, приподнятое состояние (гипоманию), имеют преимущественно нормальный уровень эмпатии. Тип отношений с ребенком-инвалидом у матерей чаще психосоматичный (вызывающий нарушение здоровья у самой матери) или авторитарный (усиливающий эмоциональные нарушения у ребенка). Большинство матерей принимают больных детей, но хуже понимают и не всегда правильно реагируют на их поведение. Эмоциональный контакт с ребенком у них чаще оптимальный, реже гипо- или гиперопека. В иерархии семейных установок у этих женщин первостепенную роль занимает ребенок, они чаще хотят сохранить семью, менее лояльно относятся к разводу, предоставляют мужчине ведущую роль в семье. Матери чаще не удовлетворены ходом развития ребенка, чувствуют ответственность за его состояние и беспомощность в реабилитации, хуже представляют, что будет необходимо для реабилитации ребенка в будущем, ощущают неудовлетворенность своими знаниями и умениями в процессе воспитания детей. Большее значение в реабилитации детей-инвалидов матери отводят помощи специалистов, недооценивая роль качественного питания ребенка, развивающих игр, организации полноценного досуга, то есть свою роль. Матери детей-инвалидов характеризуются более высокой активностью в плане обращений к специалистам, однако удовлетворенность от общения со специалистами невысокая. Они недооценивают роль педиатра, иммунолога, окулиста, педагога, массажиста в реабилитации детей. Матери детей-инвалидов не всегда выполняют данные им рекомендации, что свидетельствует о недооценке собственной значимости в реабилитационном процессе и невысокой их исполнительности. Только половина матерей удовлетворены отношением окружающих людей к их ребенку. Большинство матерей считают, что дети-инвалиды не могут стать равноправными членами общества, что свидетельствует о низкой оценке реабилитационного потенциала детей и возможности их социализации [17]. Выявленные эмоциональные особенности матерей, межличностные отношения в семьях, отношение к воспитанию и реабилитации детей-инвалидов обосновывают необходимость и направления семейной психотерапии, которые перечислены ниже:

Коррекция эмоциональных нарушений у матерей [23]

Формирование конструктивных установок на развитие ребенка. Важно, чтобы мать приняла психотравмирующую ситуацию (болезнь ребенка), активно включилась в

реабилитационный процесс, научилась обеспечивать ребенка-инвалида грамотным уходом, включающим в себя элементы развития; максимально возможно прививала ему навыки самообслуживания; способствовала социализации его в обществе.

Для эмоциональной поддержки матери важно формировать конструктивные установки на сохранение семейных отношений у отца, сохранять здоровую психологическую атмосферу в семье; помогать матери в реабилитации ребенка, обеспечить моральной, материальной и реальной (помощь в уходе, воспитании ребенка, работа по дому и т.д.) поддержкой со стороны всех членов семьи.

Формирование конструктивных установок, направленных на сохранение семейных отношений у матери: не обделять вниманием и любовью членов семьи; стремиться к тому, чтобы у всех членов семьи была возможность саморазвития и полноценной жизни. Если в семье есть еще дети, то их также нужно привлекать к уходу за больным ребенком, способствовать формированию теплых взаимоотношений, учить быть полезными друг другу, поскольку именно с кем-то из них впоследствии, возможно, придется жить инвалиду.

Коррекция детско-родительских отношений [24]

Для формирования адекватных взаимоотношений матери с больным ребенком важно научить мать правильно понимать и реагировать на его поведение, измененное неврологической патологией.

При выявлении психосоматического типа отношений необходимо, чтобы мать могла поделиться своими проблемами с членами семьи или психотерапевтом, почувствовать их поддержку (способствовать реагированию эмоционального состояния).

При авторитарном типе отношений врач-невролог или психотерапевт должны научить мать правильно понимать возможности ребенка и предъявлять к нему адекватные требования, что он не может, а что не хочет сделать.

При невротичном типе отношений матери также важно понять реальные возможности ребенка-инвалида и не ограничивать его активность, а, наоборот, способствовать развитию навыков самообслуживания, активно его социализировать.

При выявлении гипо- или гиперопеки необходимо обучение матери адекватному восприятию и удовлетворению потребностей ребенка — не ограничивать его самостоятельность, выполняя за него то, что он может, но и не пренебрегать его просьбами.

Проводить работу с членами семьи по согласованию их требований к ребенку.

Формирование правильного отношения к реабилитации, повышение медицинской и психологической компетенции матерей [27]:

объяснение роли каждого специалиста в реабилитации, важности длительного, комплексного и регулярного лечения;

объяснение роли матери в реабилитации ребенка;

обучение матери приемам коррекции и развития общей и мелкой моторики, понимаемой и активной речи (начиная с доречевого развития), сенсорного развития и т.д.

объяснение реальной перспективы реабилитации, возможностей ребенка и зоны его ближайшего развития;

достижение согласованности между ожиданиями и реальными возможностями ребенка;

разработка индивидуального образовательного маршрута для ребенка и обсуждение с матерью возможности его социализации;

тренинги детско-родительских отношений;

обучение родителей навыкам эффективного общения;

обучение матери приемам саморегуляции эмоционального состояния.

Используются такие формы работы, как родительский семинар, тренинг. В повышении медицинской компетенции матерей участвуют врачи всех специальностей, занимающиеся реабилитацией ребенка, поэтому для профилактики ятрогений важно, чтобы они соблюдали деонтологические правила общения с родителями. Психологическую компетентность должны повышать медицинские психологи и семейные психотерапевты.

Задания для самостоятельной работы

Вопросы для обсуждения:

1. Охарактеризуйте содержание понятия «семейная психотерапия». Определите ее место и роль в деятельности практического психолога. Конкретизируйте цели и задачи семейной психотерапии.
2. Назовите отличительные признаки семейной психотерапии от семейного консультирования, границы и объем вмешательства. Рассмотрите сходство и отличия семейной психотерапии с другими формами психологической работы - профилактики, просвещения и коррекции.
3. Историческое развитие концепции семьи как социальной системы.
4. Охарактеризуйте основные положения теории семейных систем. Дайте характеристику основным параметрам семейной системы. В чем особенности, преимущества и актуальность системного подхода к анализу семейных отношений?
5. Назовите основные этапы жизненного цикла развития семьи, цели и задачи, решаемые на каждой стадии развития.

6. Приведите примеры нормативных и ненормативных кризисов жизненного цикла развития семьи. Назовите причины возникновения кризисов в жизни семьи и признаки проявления кризисов.
7. Дайте характеристику основным теоретическим положениям психоаналитического подхода в психотерапии семьи.
8. Конкретизируйте цели и задачи психоаналитической модели психотерапии семьи, роль психолога в психотерапевтическом процессе.
9. В каких случаях используются техники интерпретация, конфронтация, кларификация, переработка опыта в процессе психотерапии семьи?
10. Раскройте основные теоретические положения поведенческой модели семейной психотерапии. Каковы ее цели и задачи?
11. Как психотерапевты, использующие поведенческую модель, собирают информацию для поведенческой оценки?
12. В чем суть когнитивно-аффективной техники; техник, основанных на использовании оперантного обусловливания, респондентного обусловливания.
13. Как принципы поведенческой модели психотерапии применяются в коррекции супружеских отношений, тренинге родительских способностей.
14. Проанализируйте основные теоретические положения структурной модели психотерапии семьи.
15. В чем суть техник и приемов присоединения психотерапевта к семейной системе?
16. Дайте характеристику техникам фокусирования, разыгрывание паттернов взаимодействия, интенсивность воздействия, расшатывание семейной системы, перестройка реальности. С какой целью используются эти техники в психотерапевтическом процессе?
17. Определите вклад теории психоанализа (З.Фрейд), теории объектных отношений (В.Фейрбейрн), теория семейных систем (М.Боуэн) в разработку концептуальных положений трансгенерационной модели семейной психотерапии.
18. Дайте определение понятию «дисфункциональная семья» в рамках данного подхода.
19. Каковы цели и задачи психологической помощи семье в рамках трансгенерационной модели?
20. Конкретизируйте содержание основных теоретических положений психотерапии, основанной на опыте: индивидуальность, свобода выбора, личностный рост.
21. Рассмотрите понятие здоровой и дисфункциональной семьи в рамках подхода.
22. Объясните суть техник психотерапии, основанной на опыте: привлечение ко-терапевта, новое определение симптома, предложение альтернатив, аффективная

- конфронтация (К. Витакер); моделирование коммуникации, «скульптура семьи» (В. Сатир).
23. Назовите основные параметры оценки семейных отношений в циркулярной модели Д. Олсона. Охарактеризуйте с точки зрения гибкости, сплоченности и развития коммуникативных навыков сбалансированные, несбалансированные и среднесбалансированные типы семейных систем.
 24. Соотнесите изменение параметров семейной системы в циркулярной модели Д. Олсона со стадиями жизненного цикла развития семьи.
 25. Раскройте сущность понятий «семейный диагноз», «идентифицированный клиент/пациент».
 26. Сформулируйте основные условия, обеспечивающие использование стандартизированных методик семейной психодиагностики.
 27. Опишите типичные проблемы обращения за психотерапевтической помощью в добрачный период отношений.
 28. Назовите признаки психологической, функционально-ролевой, социокультурной несовместимости супругов.
 29. С помощью каких психодиагностических методик можно определить степень психологической совместимости молодых супругов?
 30. Охарактеризуйте типичные проблемы в супружеских отношениях.
 31. В чем специфика оказания психологической помощи при раздельном и совместном консультировании супругов. В чем положительные и отрицательные моменты раздельной и совместной форм супружеского консультирования?
 32. Конкретизируйте цели и задачи коммуникативного, когнитивного, поведенческого, интегративного подходов в супружеской психотерапии.
 33. Выделите группы факторов, влияющих на возникновение нарушений развития детей и определяющих стратегии консультативной помощи в детско-родительских отношениях.
 34. Как тип родительского воспитания влияет на формирование акцентуации характера в подростковом возрасте? Приведите примеры.

Ситуационные клинические задачи

Анализ клинического случая №1

Задание:

-ознакомьтесь с описанием клинического случая и разберите этапы психотерапии;

-опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии(источник: Системная психотерапия супружеских пар. Варга А.Я.):

Они зашли в кабинет психотерапевта, злобно переругиваясь, причем 34-летняя маленькая, хрупкая Светлана что-то громко и бурно доказывала мужу, а 30-летний Игорь, высокий худощавый мужчина, с трудом сдерживаясь, тихо огрызался. Рухнув в кресла, стоящие в разных концах комнаты, пара затихла на несколько секунд, а затем препирательства возобновились, но уже на тему, кто будет говорить первым. Любая фраза, произнесенная Светланой, тут же оспаривалась Игорем, в свою очередь все, что пытался донести до терапевта Игорь, неизменно вызывало взрыв негодования со стороны Светланы.

Итак, супружеская пара Светлана и Игорь живут вместе 6 лет. У них двое общих детей: 5-летний сын и 3-летняя дочка. У Светланы есть еще 12-летний сын от первого брака, который живет вместе с ними. Первый брак Светланы продлился всего 2 года и распался из-за алкоголизма ее первого мужа.

Оба супруга – наркоманы. Однако 2 года назад Игорь бросил принимать активные вещества и пошел в программу «12 шагов». До этого были попытки «слезть» с героина, которые не приводили к желаемому результату. Светлана принимала легкие наркотики и выпивала; на данный момент 15 месяцев не пьет и не употребляет наркотики. Сейчас занимается рисованием и воспитанием детей.

Причиной обращения к психотерапевту послужили ссоры и скандалы, которые периодически перерастали в драки. Семь месяцев назад произошла очередная размолвка, в ходе которой Игорь ударил супругу, после чего, бросив мужа и детей, Светлана на месяц ушла из дома. После ее возвращения, обидевшись на ее поведение, ушел сам Игорь и полгода не жил с семьей. За месяц до начала терапии Игорь вернулся, и супруги договорились о новой попытке совместного проживания.

Жалобы супругов, озвученные в ходе первых сеансов, были переформулированы *взапрос*: «научится жить друг с другом без постоянных претензий и ссор, мирно договариваться, без скандалов по спорным вопросам; научиться жить вместе и разговаривать без наркотиков».

Фокусирование на сфере дисфункционального взаимодействия и постановка диагноза: основной причиной трудностей данной семейной пары выступает нерешенная задача по прохождению одного из этапов жизненного цикла семьи. Если формально семья уже перешла на стадию «семья с детьми» и все права и обязанности по уходу и организации совместного проживания должны быть урегулированы, то фактически они еще находятся на этапе, называемом «время диады», и никак не могут договориться о разделении функциональных обязанностей, границ и иерархии.

Раньше супруги были объединены в треугольник, где третьей стороной выступали наркотики, а теперь – во времена трезвости – им приходится привыкать к новой реальности и заново учиться жить вместе. Также стоит отметить постоянное конкурирование супругов друг с другом за главенствующую роль, когда каждый стремится заставить другого делать все так, как кажется правильным ему.

Анализ случая

1. Смотрим на семейную структуру и излюбленные паттерны семейного взаимодействия.

Наблюдение за данной семьей показали, что:

Внешние границы диффузные. Примером может служить тот факт, что недовольная мужем Света уходит на месяц, оставляя детей. Игорь советуется и доверяет скорее наставнику по «12 шагам», нежели Светлане.

Внутренние границы достаточно ригидны, ибо при некоторых ожиданиях друг от друга супругам трудно про эти ожидания поговорить. Они постоянно осуществляют экспансию на территорию друг друга, каждый пытается интуитивно угадывать мысли другого, исходя из собственных представлений о том, как «правильно» или «неправильно» поведет себя партнер, и при этом возникает очень много обид друг на друга, если вторая сторона ведет себя «неверно». Например, Света хочет, чтобы Игорь отводил детей в сад, когда она устала, но при этом не говорит ему, что устала, а хочет, чтобы он догадался об этом сам, и когда этого не происходит, очень обижается.

Индивидуальные подсистемы развиты слабо, оба плохо осознают себя как личности, пытаются понять, кто они и чего хотят.

Супружеская подсистема развита достаточно слабо, об этом свидетельствует то, что супруги скорее делятся своими мыслями и переживаниями с наставниками и психологами, чем друг с другом. У них нет четко сформулированных правил, что кто из них делает для другого. История их супружества слишком перемешалась с историей их родительства – и как муж и жена они не могут до конца определиться с содержанием и функционалом данных ролей.

Родительская подсистема развита чуть лучше, но в ней существует борьба, кто будет диктовать, как вести себя с детьми, как их воспитывать.

Иерархия. Супруги, описывая свою семью, пытались декларировать, что у них патриархат. Тем не менее, исходя из реальной ситуации, можно увидеть, что иерархия в данной семье фактически отсутствует. Каждый из супругов борется за то, чтобы оказаться на вершине семейной пирамиды власти. Светлана предприняла попытку взять на себя большинство задач по обеспечению функционирования семейной системы («Я буду идеальной женой»), и с ее стороны это был посыл, что она – главная и именно она будет решать все вопросы. Через

гиперфункционирование и контроль Светлана пытается добиться власти, взяв на себя все возможные функции и обязательства. Однако ровно через месяц она не справляется с взятыми на себя обязательствами и чувствует свое бессилие, ибо Игорь не поступает по ее указке и она оказывается у подножия семейной иерархической пирамиды. Игорь своим бездействием и гипофункционированием в свою очередь доказывает, что очень многое зависит от него, что главный – он и ничто и никто не сможет заставить его делать то, чего он не хочет. И эта борьба, становясь то острее, то утихая, продолжается постоянно.

Сплоченность. Данную семейную систему можно отнести к категории *запутанных* – в их взаимодействии много хаоса, нет четкой простроенной структуры, каждый требует от другого соответствовать его представлениям, быть лояльным к его желаниям и мировосприятию. У каждого есть свои идеи и модели, как им кажется, правильного построения жизни, и каждый пытается провести ее в жизнь. Супруг при любой угрозе дистанцируется, замыкается или «улетает» в виртуальный мир. При этом, как у зависимого человека, эта картина мира неустойчивая, нечеткая и зачастую фантазийная (Игорь: «Я не чувствую своей ответственности... У меня ощущение, что если даже сейчас не будет денег, я не пойду копать яму и грузить вагоны, чтобы хоть как-то заработать, у меня ощущение, что все может решиться само собой, без моего участия... что я вообще могу как-то выпрыгнуть из этой реальности»).

2. Оцениваем гибкость системы и ее способность к совершенствованию.

Семья Игоря и Светланы, безусловно, *ригидна*. Они никак не могут перейти на следующую стадию жизненного цикла семьи. Проживая столько лет вместе, они все еще не могут договориться о четких правилах, решая, по сути, задачи, которые скорее характерны для семьи молодоженов. Кроме того, любые изменения для этой семьи являются стрессовыми, и они с трудом приспосабливаются к изменившимся обстоятельствам.

Фокусы работы

- Исходя из приведенных выше параметров, основными направлениями работы в рамках данного терапевтического случая являются следующие:
- Решение задач стадии жизненного цикла семьи, т.е. налаживание диадных взаимоотношений.
- Оптимизация границ – сделать внешние границы чуть менее диффузными, а внутренние – чуть более открытыми. Для этого необходимо наладить отношения между супругами, поощряя адекватные коммуникации между ними.
- Укрепление всех подсистем. Способствовать осознанию себя и как супругов, и как родителей, и как отдельных личностей.

- Оптимизация иерархии, т. е. способствование выстраиванию любой иерархической структуры. Главное, чтобы эта структура была обоюдно принята. Возможность договориться по ряду важных вопросов сведет на нет борьбу за власть в данной системе.
- Помощь семье стать более сплоченной.
- С точки зрения ослабления ригидности, помощь семейной системе стать более гибкой.

Анализ воздействий

1. Присоединение к системе.

На первом этапе терапевт занимает ведущее положение в терапии. Присоединяясь к системе, он входит в нее, создавая рабочий альянс, который поможет в дальнейшем изменить ситуацию в семье, вызывающую стресс и дискомфорт. Здесь очень важно воздержаться от критики, внимательно выслушивать, не осуждать, сохранять спокойствие, несмотря на повышенное внутрисемейное напряжение. Не менее важно, подхватывая интонации, слова, метафоры, присоединиться к семейному стилю взаимодействия и продемонстрировать осведомленность в важных для семьи темах. Позитивно переформулировав конфликты супругов (терапевт: «Так или иначе, но столь остро реагировать друг на друга могут только очень близкие люди»), терапевт помогает взглянуть на взаимодействия без неприятия друг друга.

2. Фокусирование на сфере дисфункционального взаимодействия и постановка диагноза.

Присоединившись к системе, терапевт приступает к переформулированию проблемы. Терапевт: *«Вы столкнулись с обычной ситуацией, характерной для людей, желающих бросить наркотики. Раньше, по сути, вы жили не вдвоем, а «втроем» – вы оба и наркотики. Все конфликты в семье сглаживались, откладывались решения возникающих проблем. Сейчас вы оказались в новой семье, и, как молодожены (несмотря на то, что у вас есть дети), учитесь жить вместе, договариваться, отстаивать свои позиции и ладить друг с другом. Вам приходится заново создавать свои отношения».*

3. Выявление и видоизменение интеракций и помощью разыгрывания паттернов взаимодействия.

Каждому из супругов предлагается задание: на какие компромиссы он согласен, а каких компромиссов ждет от партнера. Терапевт уточняет, что задание касается и распределения прав и обязанностей по ведению быта, и их отношений, и взаимодействия с родственниками. Желательно, чтобы супруги затронули все стороны своей жизни.

Здесь происходит определение канвы для совершенно конкретных правил внутрисемейного взаимодействия. Помня о том, что именно абстрактность и завышенные ожидания не позволяют супругам договориться друг с другом, терапевт дает им задание с целью подробно распределить обязанности, и каждому из них предоставляется шанс самостоятельно, а не вынужденно взять на себя ответственность.

В процессе обсуждения становится понятно, что данная инсценировка не удалась, так как по любому поводу между супругами возникают ожесточенные споры.

Светлана: *«Что бы я ни говорила или ни делала – все бесполезно! Ты совершенно меня не слушаешь!»*

Игорь: *«Опять ты перетягиваешь одеяло на себя, ты хочешь, чтобы все было по-твоему!»*

Это наблюдение позволяет сделать следующую фокусировку:

Терапевт: *«Между вами идет постоянная борьба. Похоже, что каждый из вас видит картину семейного счастья по-своему. И вам важнее быть правыми, а не счастливыми».*

Дальше терапевт предлагает инсценировку, своеобразную игру-соревнование: *«Всю следующую неделю предполагается выполнять такой ритуал: для Игоря – тщательно наблюдать за Светланой и считать все ее поступки, свидетельствующие о ее компромиссах с Игорем. В свою очередь Светлана наблюдает за Игорем и считает все его поступки, в которых он пошел на компромисс. Насчитавший больше «компромиссов» в партнере считается победившим».*

Инсценировка, безусловно, носит парадоксальный характер и призвана бросить вызов семейной реальности. Оба супруга описывают друг друга как неуживчивых, не склонных к компромиссу, вечно борющихся. При этом своя собственная позиция не отслеживается и сами себя они воспринимают скорее как жертву. Подобная инсценировка призвана изменить взгляды членов семьи на реальность и позволить им изменить свое отношение друг к другу. Для того чтобы победить, каждый из них будет вынужден увидеть другого сотрудничающим и склонным к компромиссу, заметить в партнере как можно больше позитива.

4. Создание границ.

На следующую встречу супруги принесли длинные списки и с азартом зачитывали, что им нравится в поведении друг друга и какие конкретно моменты наиболее важны и ценны для каждого из них. До сих пор каждый прикладывал немало усилий для сохранения отношений, но, будучи сосредоточенным только на своем вкладе, напрочь не замечал усилий другого. Теперь же каждый из них открыл много важного для себя. Оказалось, что Игорь ценит, когда Светлана проявляет опеку и заботу о нем (*«приготовила еду, налила чай, когда ее попросили, погуляла с детьми, дала поспать лишний час»*). Светлана же в свою очередь готова на

многое, когда слышит от Игоря комплементы и видит в нем готовность разговаривать с ней. Выполнение задания позволило паре взглянуть друг на друга по-новому. Кроме того, задание позволило паре увидеть, что супруги проецируют друг на друга свои внутренние переживания и не стремятся верифицировать их путем обсуждения. Каждый из них домысливает за другого и на основе своих выводов строит подчас оскорбительные выпады в сторону партнера. Например: Светлана, увидев молчащего и погруженного в себя мужа, думает, что он не хочет общаться именно с ней, так как не ценит ее, не любит и вообще тяготится ею. Подобные мысли вызывают в ней обиду и злость, которую она отнюдь не держит при себе. Крики жены интерпретируются Игорем не как обида, а как агрессия, направленная на него, что вызывает ответную агрессию. Когда Игорь кричит на жену, она еще больше убеждается в том, что она для мужа – не женщина, которую он ценит. Все это поддерживает круг взаимных обид и злости.

Такая ситуация весьма характерна для подобных, крайне спутанных семей. Следовательно, дальнейшие вмешательства терапевта призваны структурировать семью, укрепить границы между подсистемами и повысить независимость отдельных личностей. С этой целью делается следующая *фокусировка*:

Терапевт: *«Смотрите, как получается: даже, когда вы не вместе, вы настолько погружены друг в друга, что продолжаете вести мысленные диалоги с партнером, что-то додумываете, как-то интерпретируете действия и слова партнера. Причем, заметьте, партнер про эту интенсивную жизнь в воображении каждого из вас даже не знает. Так на кого же вы тогда обижаетесь? На партнера? Или на свои мысли о нем?»*

Исходя из вышесказанного, далее следует инсценировка:

Терапевт: *«Попробуйте поговорить друг с другом таким тоном, чтобы каждый из вас понял, что так важно для другого».*

Далее терапевт инсценирует диалог между Игорем и Светланой, поощряя дружественные и любезные высказывания и блокируя враждебные. Данная инсценировка удалась, супруги смогли поговорить друг с другом к совместной радости.

В разговоре выясняется, что у Светланы и Игоря огромная потребность в совместности, постоянном контакте друг с другом. Однако все их попытки разделить общество друг с другом заканчиваются скандалами и взаимными обвинениями, что в свою очередь приводит их к отстранению друг от друга, ощущению пустоты и одиночества.

С целью прекращения хаотичного стиля общения и налаживания оптимальной коммуникации терапевт призывает членов семьи говорить за себя по очереди. Прерывания и вмешательства партнера блокируются, и паре необходимо помочь закончить разговор продуктивно. Для этого продуктивные коммуникации поощряются, а споры, взаимные

обвинения и повышение тона блокируются. Кроме того, терапевт периодически прибегал к искусственному приему, игре, во время которой право говорить получал лишь один супруг – тот, кто в этот момент держал в руках ключ. Второй супруг в то время, когда ключ находилась не у него, обязан был слушать внимательно, не перебивая.

Используя подобную стратегию, супруги смогли успешно обсудить ряд вопросов и претворить в жизнь ряд соглашений. Вот некоторые из них:

- функциональные разделения обязанностей в семье;
- совместность и раздельность, т.е. что они хотят делать вместе, а что порознь;
- как для каждого из них выглядит забота, и в какой поддержке нуждается каждый из них;
- как в необидной форме выражать свое несогласие с позицией партнера;
- права и обязанности каждого супруга;
- семейный бюджет.

Важны не только темы и достигнутые результаты, но и то, что супруги получили опыт успешного построения коммуникаций. Они попробовали – и у них получилось: слушать и слышать друг друга;

- не критиковать;
- не нападать;
- не обороняться;
- быть открытыми;
- отстаивать свои интересы, не оскорбляя партнера;
- идти на компромисс.

5. Изменение равновесия.

Нарушая равновесие, терапевт периодически присоединялся то к одному члену семьи, то к другому. Подобное нарушение равновесия является частью борьбы за изменения, которая иногда принимает вид поединка.

Например, Светлана рассказала, что когда она недовольна мужем, ей бывает трудно удержаться от негодования и оскорблений мужа. Комментарий терапевта: *«Вам очень хочется близости, помощи и поддержки, но вы пытаетесь добиться ее максимально неподходящим способом, делаете все, чтобы Игорь отстранился...»*.

В ответ на рассказ Игоря о том, что он чрезвычайно злится на жену, но всячески подавляет свой гнев, и именно это заставляет его задерживаться на работе или у друзей, терапевт говорит: *«Вы так бережете жену от своего гнева, что фактически лишили себя*

семьи. Кроме того, как Светлана может узнать, как ей обращаться с вами, если вы никак не комментируете ее поведение, не сообщая, что вам приятно, а что – нет?».

6. Борьба с непродуктивными предположениями и перестройка реальности.

Вмешательства вне рамок сессии, так же как и приемы, применяемые во время встреч, способны повлиять на конструирование семьей ее текущей реальности. Семья обрела определенный взгляд на свою реальность, но существуют и альтернативы ей. Схема семейной реальности может быть подвергнута сомнению и модифицирована. Чтобы наладить оптимальную коммуникацию между супругами, им было дано предписание: всю неделю строить свои взаимоотношения с партнером так, чтобы доставлять ему удовольствие, не говоря, однако, в чем состоит план. На следующей сессии каждому из супругов предлагалось описать позитивные изменения, произошедшие в другом.

На следующей встрече супруги сидели рядом и по очереди описывали, на какие взаимные компромиссы они идут, как они стали прислушиваться к словам друг друга, как из их отношений исчезли критика, оскорбления и крики и как стало больше взаимопонимания, спокойствия, взаимной поддержки и нежности.

Терапия продолжалась на протяжении восьми сессий в режиме один раз в неделю.

Результаты работы

Супруги стали в значительно меньшей степени проецировать друг на друга свои чувства.

- Они не впадают в состояние аффекта при общении друг с другом.
- Укрепились внутренние границы семейной системы.
- Укрепилась супружеская подсистема.
- В процессе взаимодействия менее ярко проявляются их потребности занять главенствующее место в семейной иерархии (борьба за власть стала менее выраженной).
- Слитность, с которой они пришли в терапию, имеет тенденцию трансформироваться в сплоченность.
- Хаос в отношениях стал менее выраженным, есть потенциал к упорядочиванию.
- Наладились межличностные коммуникации.
- Видны проявления склонности к достижению компромиссов.

Анализ клинического случая №2

Задание: опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

Супруги обратились в консультацию из-за того, что их семилетнего сына часто мучили головные боли. При этом родители настолько неопределенно говорили о проблеме мальчика, что нельзя было понять, с какой частотой возникают эти боли и менялось ли состояние ребенка за последнее время в ту или иную сторону. Упоминались и поведенческие проблемы в школе, хотя также оставалось неясным, что это за проблемы (по-видимому, они были решены посредством перехода из одной школы в другую). Мать предполагала, что сын ревновал родителей к своей пятилетней сестре, смышленной и способной девочке. Отец соглашался с этой версией. Мать и отец говорили о сыне таким образом, что терапевту было не просто понять, относится ли сказанное больше к сыну или к отцу.

Неопределенность и растерянность, сопровождавшие рассказ родителей о проблеме мальчика; выбор слов, отвечавший скорее описанию взрослого, нежели ребенка; смазывание различий, из-за которого невозможно было понять, говорят они о сыне или об отце, — все это вместе склоняло терапевта к гипотезе, что именно отец переживал какие-то настолько болезненные для супругов проблемы, что представлялось совершенно невозможным касаться их. И тогда родители установили этот паттерн — говорить о трудностях сына в такой метафорической форме, которая позволяла бы затронуть неблагополучие отца. Позже подтвердилось: да, у отца действительно возникли серьезные проблемы. Он лечился от алкоголизма, существовала реальная опасность, что его уволят с работы и, кроме того, он написал роман, который нигде не мог опубликовать.

Цель терапии в данном случае можно было определить следующим образом: освободить ребенка от необходимости служить метафорой, которую родители использовали, чтобы обсуждать проблемы отца.

Обычно сын заговаривал о головной боли, когда после школы приходил домой и заставлял отца, который также, только что вернувшись с работы, пребывал в ужасно подавленном настроении.

На первой сессии терапевт попросил семью разыграть сцену, в которой отец должен был представить, что он вернулся вечером домой, испытывая страшную головную боль. Сыну следовало утешить его, втягивая в игру и отвлекая тем самым от боли. Перед ним также ставилась задача: определить, действительно ли у отца болит голова и не симулирует ли он. Для этого мальчик должен был задавать отцу вопросы о том, как тот себя чувствует и как у него прошел день. От отца требовалось, чтобы он рассказывал о воображаемых проблемах на службе и избегал признаний о подлинных неприятностях. В то время как отец и сын вели этот разговор, мать и дочь должны были изображать, будто готовят обед (когда в ходе терапии дается установка на игру, в ней должны участвовать все члены семьи без исключения).

Терапевт попросил родителей исполнять эту сцену дома каждый вечер в течение недели. Отцу предписывалось, едва он войдет после работы в дом, сразу же приступить к инсценировке головной боли. Сын должен был утешать его и ободрять, а отец всячески «темнить», ничем не выдавая, действительно ли он чувствует головную боль или только симулирует ее. Между тем матери и дочери нужно было заниматься приготовлением обеда.

Семья добросовестно следовала указаниям терапевта и по прошествии недели сообщила, что мальчику стало гораздо лучше. Они проигрывали этот спектакль еще в течение трех недель, пока головные боли у ребенка полностью не исчезли.

Гипотеза, побудившая терапевта избрать такого рода интервенцию, строилась на предположении, что мальчик защищает отца, вызывая в себе симптом, требующий проявлений родительской заботы и, таким образом, заставляет отца взять себя в руки, обратиться ради помощи сыну, вместо того чтобы печалиться о собственных проблемах. Кроме того, ребенок обеспечивает метафору, которая дает родителям возможность обсуждать проблемы отца, не затрагивая их напрямую, и таким образом спасает их от болезненных стычек.

Побудив отца к ежедневному притворству, будто тот страдает от головной боли, и оправданию ее ссылками на воображаемые служебные проблемы, терапевт создал ситуацию, когда сын утратил возможность понимать, на самом ли деле отец расстроен или нет, а вместе с этим и возможность помогать ему привычным для себя образом. Одновременно терапевт подсказал и новый способ помощи отцу: сын должен был играть с ним и вести разговоры. Таким образом, сын перестал нуждаться в головной боли как средстве помощи отцу. Метафорой отцовских проблем (и предметом шутливого обсуждения в процессе игры) стала его же собственная воображаемая головная боль. И мальчика с его симптомом уже никто больше не использовал как метафору чужих проблем.

Проблема головной боли пришла к благополучному разрешению, но мать жаловалась, что сын пристаёт к своей сестре, всячески досажая ей. Малышка обычно с плачем и жалобами на брата бежит к матери, ну и та, конечно, вынуждена делать выговор сыну. Терапевт попросил мать представить себя в роли дочки, а мальчика — поддразнивать и задевать ее, как это он обычно делает по отношению к сестре. И тогда мать с визгливым плачем должна бежать к своей маленькой дочке, выступавшей в роли мамы, чтобы услышать от нее слова: «Не беспокой меня. Это твои проблемы».

Эта сцена повторялась несколько раз на протяжении сессии, к великому удовольствию семьи. Также была дана инструкция, чтобы всякий раз, когда мальчику захочется «подзавести» сестру, он, вместо сестры, должен задевать мать. Та, в свою очередь, с плачем бежала к дочке, чтобы в ответ на свою жалобу услышать, что со своими проблемами ей

следует справляться самостоятельно. Мать и дети следовали данной инструкции в течение двух недель, после чего отношения между братом и сестрой улучшились настолько, что мать вообще перестала замечать в них какие-либо проблемы. Сын, которому вменялось в обязанность инициировать игру, приводя в действие всю цепочку последовательных взаимодействий, на протяжении первой недели открывал ее несколько раз, потом все реже и реже, пока она не исчерпала себя.

Посредством описанной игровой процедуры терапевт ввел в детско-родительские отношения один из аспектов неконгруэнтной иерархии, при которой дети занимают позицию «над» матерью. Это парадоксальная инструкция, провоцирующая, подталкивающая мать к более зрелому и компетентному поведению и вынуждающая ее вспомнить о существующей между поколениями границе, проведя условную черту между собой и детьми. Терапевт также лишил мальчика власти, забрав у него контроль над симптомом, когда расписал все его действия, как и кого он должен «поддразнивать» и «заводить». Семья достигла такого решения проблемы, при котором брат и сестра перестали занимать позицию «над» матерью, изводя ее своими ссорами и взаимными упреками, а мать больше не жаловалась на свою неспособность справиться с детьми и с трудностями их взаимоотношений.

Семья пришла на завершающую встречу как раз перед каникулами. Отец, нередко пребывающий в угнетенном состоянии, и на этот раз выглядел сумрачным. Терапевт решил облегчить тяжесть, лежавшую у него на душе, чтобы семья смогла отправиться на отдых в более веселом настроении. Он попросил отца сделать вид, что тот находится в состоянии ужасной депрессии — словно пережил жизненный крах и сейчас должен объявить об этом семье. Однако, открываясь семье, он должен найти веские причины, оправдывающие его состояние.

Как только отец начал игру, терапевт принялся критиковать его: мол, играет он неубедительно, депрессию изображает из рук вон плохо, а главное — не может найти убедительных доводов, объясняющих крайнюю подавленность его состояния. Так как терапевт продолжал критически отзываться об игре мужа, жена бросилась ему на помощь, утверждая, что это очень трудно — изображать депрессию. Наконец, терапевт принял в качестве «достаточного» для депрессии основания жалобу отца на то, что он не способен починить водопроводный кран у себя дома. Под конец сессии отец рассуждал о том, как нелегко человеку, находящемуся в нормальном и даже хорошем расположении духа, изображать такую вещь, как депрессия.

Супруги получили импульс изменить присущий им способ взаимодействия, выразившийся в том, то муж вечно чувствовал себя угнетенным, а жена неизменно старалась поднять его дух. Когда муж, изображая депрессию, подвергся нападкам со

стороны терапевта, находящего его исполнение неубедительным, жена не просто поспешила оказать супругу поддержку — дескать, муж не может изображать депрессию, если не чувствует ее, — но сделала это намного охотнее, чем обычно, когда ей приходилось вытаскивать его из состояния депрессии, в котором тот действительно пребывал. Новый способ взаимодействия между мужем и женой был достигнут в процессе шутливо-игрового представления типа розыгрыша.

Когда семья только обратилась к терапии, сын выступал метафорой трудностей отца, и его симптомы служили для отца своего рода защитой. Ссоры между братом и сестрой являлись аналогией тех трудностей, которые существовали между супругами. Скрытое в них послание давало понять: муж ревниво относится к способностям и интеллекту жены. Жена на самом деле совершенно забросила свою карьеру, целиком посвятив себя поддержке мужа, периодически погружавшегося в депрессию. К концу терапии дети больше не стремились опекают и защищать своих родителей, симптомы исчезли. Что касается родителей, то они теперь с большей открытостью обсуждали общие проблемы, добиваясь их разрешения.

Прошло много месяцев с момента окончания терапии. Муж написал терапевту письмо, в котором сообщалось, что жизнь у них идет хорошо. Сын ведет себя как полагается, успевает в школе, у него много друзей. Мать вернулась на работу. У отца тоже дела пошли на поправку. Младшая дочка, как и прежде, продолжает радовать своих родителей.

Анализ клинического случая №3

Особенности психотерапии привязанности у ребенка с психосоматическим расстройством (Шевченко А.В.).

Задание: Опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

На консультацию пришла Елена, 33 года, по поводу состояния своей дочери Кати, 3,8 лет. По словам матери, последние полгода Катя жалуется на периодически возникающие боли в животе, отказывается есть твердую пищу, так как «боится подавиться», с большой неохотой ест незнакомые продукты и вообще «боится всего нового». Клинические анализы не выявили органической патологии, педиатр рекомендовал обратиться к детскому психологу. Кроме этого, Елена рассказала, что дочь «не умеет дружить», замкнутая, необщительная, обидчивая.

Ребенок от первой беременности, родилась путем кесарева сечения, в первые месяцы жизни была беспокойной, уже тогда плохо ела, в 5 месяцев отказалась от груди. Елена рассказала, что в первый год жизни Кати ей было очень тяжело, так как муж много работал, с матерью у Елены были «не такие отношения, чтобы просить ее о помощи». Хотя Елена и

хотела ребенка, она «не ожидала, что будет настолько тяжело». Из рассказа Лены можно предположить, что уже в тот период ее контакт с дочерью был нарушен. Сейчас живут втроем, муж Елены периодически уезжает в длительные командировки.

На начальном этапе психотерапии важна диагностика качества привязанности ребенка к матери, а также определение основных потребностей ребенка, проводимые в процессе первого контакта [5].

Остановимся подробнее на описании первой встречи с ребенком.

На первую встречу Катя приходит вместе с мамой, Елена предупреждена, что мы втроем просто поиграем. После знакомства Катя молча проходит в игровую комнату, начинает не слишком заинтересованно бродить по ней, рассматривает игрушки, но ничего не выбирает. Елена также молча присаживается в углу, ничем не помогая дочери. Девочка начинает брать игрушки, при этом каждую поднося ко рту и прикасаясь губами, на что Елена реагирует запретом. Внезапно Катя находит детский мяч, на котором изображены цифры, берет его, глядя на маму, перечисляет все цифры от 1 до 10. Елена говорит, что уже в 3,5 года Катя умела считать, знала алфавит, все цвета и формы.

Становится очевидной асинхрония в интеллектуальном и эмоциональном развитии девочки. В последующем этот мяч на долгое время стал важной игрушкой для Кати, она всегда искала его, когда приходила в игровую, и прибегала к перечислению цифр, если была встревожена или расстроена.

Катя молча кладет мяч, продолжает бродить по комнате, на попытки психолога заинтересовать ее игрушкой не реагирует. В этот момент Елена встает и со словами «ну хорошо, она вроде не боится, тогда я подожду в приемной», выходит. Катя оборачивается вслед матери, но внешне никак не реагирует, на комментарий психолога, что «мы позовем маму, как только ты захочешь», кивает. После ее ухода подходит к коробу с мягкими игрушками, начинает их вынимать, подносить ко рту, затем рассматривать. Берет куклу-пупсика.

Катя: «Это кукла-дочка». Пристально, даже заворожено разглядывает куклу, прикасается к ее одежде: «Штанишки».

Психолог: «Штанишки. Розовые. Как у тебя». (Девочка одета в розовый костюм).

Катя смотрит на психолога, потом на куклу, начинает трогать ее за ручки, ножки и т.д.

Психолог комментирует: «У куклы-дочки ручки. А это ножки, носик, ротик». Катя улыбается. Берет лягушку.

Катя: «Это лягушка. Ква-ква».

Психолог (берет мышку): «Я мышка, пи-пи-пи». Начинаю пищать с разной интонацией, «разговаривая» с лягушкой.

Наша игра напоминает контакт с ребенком до года, в нем мало слов и много интонационной подстройки, звукоподражания, повторений и пр. Такая игра продолжается какое-то время, потом Катя откладывает лягушку, берет медведя, пристально рассматривает. Я достаю маленького медвежонка, сажаю рядом с медведем, говорю: «Это мама-медведица и ребенок-медвежонок. Они вместе». Катя хмурится, рассматривая пару, она явно напряжена, потом говорит: «Хочу к маме». Отворачивается, берет мяч с цифрами, перечисляя все цифры от 1 до 10.

Образ мамы и ребенка, находящихся вместе, невыносим для девочки, отчего она прибегает к привычному способу самоуспокоения — интеллектуализации. На этом наше время заканчивается, я говорю: «Мне понравилось с тобой играть. Я буду тебя ждать». Катя пристально смотрит на меня, улыбается и уходит.

Результаты.

Исходя из описания первой встречи с Катей, мы можем говорить о том, что привязанность ребенка к матери носит ненадежный характер, тип привязанности определяется как тревожно-избегающий [1; 5]. Кроме того, можно предположить наличие ранних дефицитов в эмоциональной связи с матерью, вследствие чего при высоком интеллектуальном уровне наблюдается задержка психоэмоционального развития. На это косвенно указывает симптом: отказ от твердой пищи как задержка в младенчестве.

Основной потребностью ребенка выступает потребность в базовом доверии к миру, принятии и поддержке, а также потребность в дифференциации и последующем отреагировании заблокированных чувств. Основной потребностью матери на данном этапе выступает принятие и поддержка (отражение потребностей дочери), а также развитие уверенности в собственной родительской компетентности.

Таким образом, исходя из полученной информации, были поставлены следующие цели психотерапии привязанности:

- на внутриличностном уровне ребенка — работа по восполнению обнаруженных ранних дефицитов эмоциональной близости через создание атмосферы надежности и защищенности, предоставление корригирующего;
- на внутриличностном уровне матери — также создание безопасной атмосферы через временную, пространственную и эмоциональную доступность психолога, работа с ранним эмоциональным.

Обсуждение результатов.

Основной этап работы с Катей был посвящен восполнению ранних дефицитов и укреплению самости ребенка. Долгое время Катя играла с куклой-пупсиком, которую она назвала Люсей. Мы вместе с Катей сделали для Люси колыбельку, кормили из бутылочки,

причем сама Катя нередко пила из той же бутылочки. Особенно Кате нравилось, когда я пела для Люси колыбельные. В такие моменты девочка вынимала из кроватки куклу, ставила туда свою ногу, так как вся не вмещалась, и я раскачивала колыбельку с Катиной ногой, одновременно укачивая саму девочку.

Позже игра изменилась, Катя начала просить завернуть ее в одеяло, как маленькую, а я должна была сидеть рядом и «играть с Зайкой». Моя роль заключалась в том, что я брала на руки игрушечного зайца-девочку и, укачивая, говорила, как я рада, что у меня есть такая хорошая Зайка, какая она красивая и т.п., всячески демонстрируя свою нежность к игрушке.

Девочка все еще не допускала прямого проявления чувств, однако отождествление с игрушкой ее вполне устраивало. Такие игры продолжались в течение года. За это время Катя начала лучше есть, у нее пропал страх перед незнакомой пищей, жалобы на боли в животе возникали все реже.

Важным моментом в работе с Катей стал процесс выражения подавленных чувств. Многими авторами подчеркивается взаимосвязь низкой дифференциации чувств и сложности их выражения с наличием психосоматического расстройства [3]. Для ребенка этот этап возможен после работы по укреплению его самости и корригирующего эмоционального опыта.

На одной из встреч, когда период укачивания был уже пройден, Катя взяла лист бумаги и стала рисовать. Она нарисовала рисунок, который назывался «Грустная девочка идет за мороженым». На мой вопрос «Это именно грустная девочка? Не веселая, сердитая, испуганная?» Катя нарисовала еще 15 грустных девочек и добавила, что все девочки ушли и никогда больше не вернуться. Когда я начала «горевать» по этому поводу, Катя, почти плача, заявила, что она тоже больше никогда не вернется, однако, уходя, хитро посмотрела на меня и сказала, что еще придет. *Можно предположить, что чувства девочки касались ее матери и таким способом нашли выход.*

Параллельно проводились встречи с матерью Кати. В начале нашего знакомства Елена производила впечатление уставшей женщины, перегруженной волнениями за дочь, походами с ней по врачам и т.д., что и определило первый этап в работе с ней — работу с актуальными нагрузками. На данном этапе, как и при работе с ребенком, особенно важно установить атмосферу безопасности и принятия, поддержать родителя в его компетентности.

Позже Елена призналась, что это определило ее желание остаться в терапии, так как ее часто критиковали как «плохую мать», что отнюдь не улучшало ее отношений с дочерью. Елена рассказала, что очень хотела, чтобы дочь поскорее выросла, «переросла болячки», поэтому рано научила ее читать и считать, меньше времени уделяя игре с ней.

Собственно, симптом приобрел актуальность в связи с тем, что родители собрались вести Катю в детский сад, чего Елена, с ее слов, очень ждала, чтобы вернуться на работу.

Можно предположить скрытое отвержение ребенка под маской сверхзаботливости. После работы с ее чувствами, когда Елена впервые заговорила об испытываемой вине перед дочерью, мы договорились, что Елена будет находить время понемногу восстанавливать связи с коллегами по работе. Для женщины было большим облегчением разрешить себе жить полной жизнью и удовлетворять свои потребности, меньше злясь на дочь и на себя. В этот период через начавшийся контакт с собой Елена начала лучше чувствовать Катю, чаще ее хвалила, однако вместе играть все еще было для нее тяжело.

Следующим этапом работы с Еленой стал ее контакт с собственным ранним детским опытом. Елена долго рассказывала о своей матери и о том, как ей было одиноко в своем детстве оттого, что мать много работала и не уделяла ей с братом внимания. Сейчас, когда ее дочь шалит или как-то еще требует ее внимания, ей проще отругать ее, чем переключить или вместе поиграть — она просто не знает, как это сделать.

В течение долгого времени, совпавшего с периодом рисования и игры в грустных девочек у Кати, Елена грустила и горевала по своему детству, пытаясь в своей душе примириться с матерью. Вместе с Еленой мы находили способы контакта, которые бы нравились ей и устраивали Катю и таким образом укрепляли связь матери и дочери.

Через какое-то время Елена рассказала, что поговорила с мужем и попросила его несколько сменить режим работы, чтобы он чаще смог бывать дома. Некоторое время именно он приводил Катю на консультации. Сейчас работа с этой семьей находится на стадии завершения, Кате 5 лет, она ходит в детский сад, где ей очень нравится, ест обычную пищу, на боли в животе не жалуется несколько месяцев. Елена по-прежнему не работает, однако старается больше времени играть с Катей, всей семьей выезжать на велосипедные прогулки.

Выводы.

Исходя из анализа приведенного случая, отчетливо прослеживается взаимосвязь негативного детского опыта матери, ее эмоциональной заблокированности и развития ненадежного типа привязанности у ребенка. В своей внутренней работе мать и ребенок часто проходят похожие этапы, и эффективность работы с ребенком во многом определяется надежностью контакта с его матерью.

Таким образом, можно говорить о том, что терапия привязанности совместно с терапией родителя является высокоэффективным, хотя и относительно небыстрым методом работы с психосоматическим расстройством у ребенка.

Анализ клинического случая №4

Задание: Опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

Мать 17-летнего Маркуса по телефону просит назначить встречу и при этом дает понять, что ее муж хотел бы прийти, а сына лишь с трудом удастся уговорить принять участие в беседе. Она кратко описывает причину своего звонка: Маркус обкрадывает родителей. За последние месяцы эта проблема обострилась. Родители боятся, что он встал на криминальный путь. На беседу пришли оба родителя и Маркус.

Семья представлялась вполне добропорядочной: отец — служащий высокого ранга, мать имеет почасовую работу на фирме. У Маркуса есть еще младшая 12-летняя сестра, которая, однако, не пришла, так как мать не хотела, чтобы с дочкой работали психологи. Маркус — гимназист с удовлетворительной успеваемостью; кроме того, он активно занимается спортом.

Родители подробно описывают повод для консультации: Маркус тайно берет у родителей деньги, а иногда, не поставив никого в известность, съедает все, что было приготовлено для всей семьи: напитки, бутерброды или консервы. То, что это дело рук Маркуса, выясняется, когда остатки еды или упаковки находят у него под кроватью или в шкафу. По словам родителей, они не запрещают ему есть столько, сколько он хочет, однако им непонятно, почему это делается тайком; Маркус должен спрашивать их или, по крайней мере ставить их в известность, но именно этого он не делает.

Такими «историями с едой» родители раздражены и удивлены, но всерьез не обеспокоены. Однако они действительно озабочены и испытывают страх в связи с тем, что Маркус ворует у них деньги; всего в течение последних месяцев пропала примерно 1000 рублей. Это беспокоит родителей по ряду причин: во-первых, это осложняет их жизнь; они постоянно должны следить за тем, где лежат кошельки. Во-вторых, они боятся, что эта история может выйти за пределы семьи и причинить вред его дальнейшей жизни. И наконец, родители высказывают опасение, что Маркус, возможно, заболел психически, так как все это совершенно не соответствует его прежнему поведению. Когда они спрашивают его, почему он это делает, они получают, да и то не всегда, лишь краткие ответы: «Потому что мне нужны деньги» или — если речь идет о еде — «Потому что я был голоден». И если они хотят продолжить разговор («это не годится — просто что-то брать и не говорить об этом») и спрашивают Маркуса: «Почему же ты не спросил нас об этом?», они могут получить ответ «не хотел этого делать». А на вопрос: «Почему ты делаешь это так, что мы тебя ловим за руку?», — может последовать ответ: «Я об этом не подумал».

Маркус, высокий и крепкий, выглядит скорее как 20-летний; при упреках родителей

он кажется смущенным, смотрит себе под ноги — очевидно, что ситуация для него весьма неприятна; перечисляются его ошибки и неприглядные поступки. Поэтому неудивительно, что он лишь вынужденно вступает в беседу и выглядит одновременно ожесточенным и испуганным.

Мать во время разговора ищет больше всего контакт с терапевтом; но она постоянно обращается и к Маркусу; чувствуется, что она очень удручена и озадачена. Она хотела бы, чтобы мы определили, «откуда это идет», как все это взаимосвязано. Ей кажется, что она сама или ее муж совершили какую-то ошибку в обращении с Маркусом (но ничего не может сказать по этому поводу определенного) и что с семьей происходит что-то неладное. И далее она задает себе вопрос, как ей в дальнейшем исправить ошибки (которые она не может назвать).

Отец, напротив, выглядит угрюмым и мрачным, реагирует вначале сдержанно, и ему вся эта ситуация явно неприятна. Там, где мать проявляет озабоченность, он кажется скорее рассерженным. Он четко дает понять, что находит поведение сына совершенно неразумным, и спрашивает, не являются ли его поступки результатом плохого воспитания и не должен ли он применить надлежащие педагогические приемы (лишить карманных денег, установить домашний арест и т. п.), или же речь идет о психиатрической или психотерапевтической проблеме, где он не в состоянии помочь, а требуется вмешательство специалистов. Таким образом, он спрашивает более или менее прямо, не расстроена ли у Маркуса психика — щекотливая ситуация!

Поворот в беседе произошел, когда мы обратились к другой возможной проблеме или сфере конфликтов в семье. На вопрос, что бы Маркус хотел изменить в семье, он ответил, что ему не хотелось бы, чтобы мать подслушивала его телефонные разговоры. Мать, услышав такой ответ, пускается в слезы; отец реагирует с негодованием; по их мнению, доводы Маркуса — нелепая попытка уйти от ответа.

Когда терапевт все-таки продолжает обсуждать эту тему, выясняется, что в семье два параллельных аппарата и что мать фактически постоянно слушает все разговоры. Маркус чувствует себя чрезмерно контролируемым и опекаемым со стороны родителей. Когда он описывает это, он близок к слезам и выглядит как ребенок. С трудом он приводит и другие примеры; например, что его мать без спроса входит в его комнату или что его не отпускают на дискотеку. И при этом родители вновь реагируют удивлением и уверяют, что он ни разу об этом не просил. Тогда Маркус вспоминает пример более чем годичной давности, когда он хотел уехать вместе со знакомыми на экскурсию, но ему не разрешили. Маркус не видел шансов противостоять родителям.

По нашему мнению, проблема в этой семье состоит в установлении индивидуальных

границ. Родители жалуются, что Маркус — когда он, например, берет деньги — без разрешения вторгается в область их компетенции, а Маркус, напротив, жалуется на то, что родители не оставляют ему пространства для себя. «Персональная территория, собственная личная сфера, личная собственность» — такова, по-видимому, актуальная (и притом общая) тема в семье.

Интересна реакция родителей, которую мы можем кратко описать так: мать тотчас воспринимает критику сына и задумывается, как она может изменить себя; она ни в коем случае не хочет больше «слушать телефонные разговоры»; она все еще по-настоящему шокирована; она размышляет также о том, как можно перераспределить комнаты в доме, и просит у терапевта дальнейших указаний.

Отец, напротив, считает, что все хорошо, но они пришли сюда не для того, чтобы заниматься наведением порядка в квартире, а из-за серьезных проблем, и до сих пор они так же далеки от их разрешения, как и раньше; беседа, по его мнению, в этом смысле ни в чем не продвинулась. Поэтому отец еще раз задает вопрос эксперту: «Является ли это педагогической проблемой и с Маркусом нужно быть более строгим, или же Маркус нуждается в лечении?»

Матери и Маркусу терапевт дал понять следующее: «Это, конечно, очень хорошо, когда человек способен к самокритике; но я не знаю, следует ли вам (имеется в виду мать) изменять себя. Возможно, скорее нужно измениться Маркусу, который уже взрослый парень и должен быть в состоянии сказать родителям, чего он хочет».

Отцу терапевт сказал: «Я могу вам высказать лишь мое личное мнение; я думаю, воспитание, по всей видимости, не является проблемой; я не верю, что вы добьетесь результата, если будете строже подходить к Маркусу. Вы, конечно, уже пробовали это делать, но безуспешно. Может ли, с другой стороны, помочь психотерапия, я в данный момент не уверен».

«Заключительная картина» не вызвала удивления: в конце беседы Маркус в полном порядке, он в хорошем настроении, хочет придти снова; мать тоже кажется довольной. Отец выглядит раздраженным и расстроенным, так как он не получил прямого ответа на свой вопрос. Намечено продолжение семейной терапии через две недели.

В связи с этой ситуацией можно высказать некоторые теоретические суждения; особый интерес представляет сравнение описанных выше терапевтических принципов и методов терапии. При этом следует отметить, что вмешательство терапевта было задумано не как целенаправленные попытки изменить ситуацию, а скорее как осторожные замечания. Беседы и их действие не планируются заранее. Во всяком случае, симптоматика после первого контакта более не проявлялась — к большому удивлению всех участников.

Через три месяца был вновь короткий рецидив; но затем поведение Маркуса стабилизировалось. В двух последующих семейных беседах на первый план вышли и другие темы, например соперничество с младшей сестрой, ссоры по поводу вечерних прогулок, ссоры, связанные с участием в домашнем хозяйстве, конфликты из-за курения Маркуса, что особенно сердит родителей, так как Маркус занимается спортом. У Маркуса в это время появилась подруга, и у родителей в связи с этим возникли новые вопросы.

Обсуждались проблемы, которые рано или поздно переживают все родители и подростки. Кроме того, подтвердились и были проработаны предварительные семейно-диагностические впечатления; у матери на первом плане была депрессивная проблематика, она все еще решает проблему отделения от своих собственных родителей; отсюда вытекает и напряженность в супружеских отношениях. Однако эта тематика дальше не разрабатывалась; родители считали, что они сами могут разобраться в этом.

Данный пример демонстрирует очень кратковременную терапию, продолжавшуюся лишь 3 сессии, при которой существенные терапевтические проработки были проведены уже при первом контакте. Процесс был преимущественно диагностически-интерпретативным, не давалось вообще никаких рекомендаций относительно поведения.

Целевой установкой терапии была ориентация на осторожную дискуссию по поводу жестких семейных структур и убеждений с целью открыть заблокированные возможности развития, быстрее ослабить родительский контроль, а также усилить инициативу и ответственность подростка. Нередко попытки терапии оканчиваются неудачей. Как показывает практический опыт, процесс не всегда идет в соответствии с идеальными правилами, излагаемыми в учебниках.

Анализ клинического случая №5

Задание: Опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

В кабинете семейного терапевта помимо него сидят четверо: мама (Женя, 41 год, агент недвижимости), отец (Николай, 45 лет, инженер, временно безработный) и двое их детей (дочь Валя, 12 лет, и сын Михаил, 9 лет).

Поводом обращения в семейную консультацию послужила возросшая агрессивность сына, его драки в школе и бесконечные конфликты с сестрой и родителями.

После небольшой дискуссии относительно погоды, движения на дорогах, недавнего визита к врачу, истории развития семьи и увлечений детей терапевт, завладев инициативой, начинает интервью.

Терапевт: Итак, тот, кто держит эту "волшебную палочку", поделитесь своими мыслями о том, что необходимо изменить для того, чтобы вашей семье жилось лучше? Кто начнет?

"Волшебная палочка" должна символизировать равный вклад в разговор всех членов семьи. Необходимо создать ситуацию, когда каждый член семьи смог бы высказаться. Одновременно, терапевт наблюдает за тем, кто пытается завладеть палочкой, кто кому ее передает и кого поддерживает в разговоре.

Мама: (беря палочку.) Я начну. Михаилу необходимо остановиться. Ему нужно научиться как-то справляться со своим гневом без вспышек ярости. На днях мы не могли его остановить в течение получаса. (Передает палочку мужу.)

Отец: Да, Женя права. Его поведение переходит все границы. А ты что думаешь? (Передает палочку дочери.)

Валя молчит и кажется смущенной.

Терапевт: Может быть, ты скажешь нам, что бы ты хотела для себя и своей семьи?

Валя: Чтобы Миша был поспокойнее. (Передает палочку брату.)

Михаил отталкивает палочку.

Мама: Ты должен взять ее.

Терапевт: Хорошо, Женя. Вы даете детям понять, что вам бы хотелось выяснить, что происходит.

Михаил все еще сопротивляется и ничего не говорит.

Мама: Ты бы хотел, чтобы сестра давала тебе свой магнитофон.

Михаил: Ты читаешь мои мысли.

Терапевт: Не говорите за него. Вместо этого помогите ему найти свой собственный голос.

В этом фрагменте комментарий Миши о том, что мама читает его мысли, является сигналом для терапевта, сообщающим о том, что существует недостаток психологической независимости, и что в этой семье дети не говорят свободно о своих трудностях. Родители начинают высказываться от имени детей, когда стресс, вызванный запретной темой, становится слишком интенсивным. Предотвращая дискуссию, они поддерживают тем самым семейное равновесие, переводя острую боль в хроническое семейное напряжение. Задачей терапевта в данный момент является создание прецедента для безопасного обсуждения трудных семейных тем.

Отец: (Поддерживающим тоном.) Что для тебя важно?

Михаил: (Почти шепотом.) Когда вы и... (Продолжительная тишина.)

Терапевт: Хорошая работа Николай. Вы действительно пытаетесь ему помочь говорить за себя.

Мама: Миша скажи, что ты думаешь. Держать это про себя - тяжелая ноша. (Все еще тишина.) Может быть, тебе легче сказать это психологу после того как мы выйдем.

Терапевт: В действительности, если бы он был более откровенен со мной, чем с вами, это был бы повод для серьезного беспокойства. Так как тогда он бы доверял мне больше, чем Вам, а ведь я не его родитель.

Михаил: Я забыл вопрос.

Терапевт: Хорошо (родителям). Может быть, будет лучше, если вы поможете Мише чуть позже найти свой голос своим собственным способом.

Мама согласно кивает и протягивает руку за палочкой.

Михаил сжимает палочку.

Терапевт: Похоже, он пытается обрести свой голос. Я не уверен, что Миша думает, что ему можно говорить об этом. Убедите его, что он может сказать вам, что у него на уме.

Отец: Ты можешь быть с нами абсолютно откровенным.

Михаил вращает глазами, все еще держа палочку, и выглядит очень напряженным.

Терапевт: О, это так тяжело, когда одна часть тебя хочет что-то сделать, а другая часть - нет.

Михаил: (Вставая со своего кресла и поворачиваясь спиной к семье, говорит почти шепотом.) Чтобы ты и мама перестали драться.

Терапевт: (Родителям.) Это впечатляет. Вы оказались способны помочь Мише обрести его собственный голос. Вы помогли ему найти мужество выразить то, что его сильнее всего беспокоит.

Отец: (Негромко.) Да, действительно, у нас с женой есть определенные сложности.

Поддержка, которую терапевт оказывает попеременно детям и родителям, позволяет им впервые коснуться очень болезненных семейных тем в атмосфере безопасности и принятия.

Далее в разговоре выясняется, что после потери мужем работы между супругами около двух лет существует серьезное напряжение, обострившееся в последнее время, когда жена устроилась на относительно высокооплачиваемую

должность. Накопившиеся обиды жены и страх со стороны мужа ее потерять приводили к серьезным столкновениям между супругами.

В связи с этим терапевтом была сформулирована гипотеза о включении сына в супружеский конфликт. Ссоры между родителями, которые иногда доходили до драк и не получали разрешения, нашли обходной путь через Михаила. Для семьи менее опасно, если ребенок, а не взрослые, становится агрессивным. В случае с Мишей родители имели возможность продолжать отношения и взаимодействовать друг с другом не по поводу своих проблем, а по поводу проблем сына, тем более, что жалоб на его поведение было предостаточно.

Поведение Миши, таким образом, играло важную роль для поддержания стабильности и безопасности семейной системы. Конфликтующим супругам намного труднее развестись, если у их ребенка имеется серьезная проблема, и он нуждается в помощи. То, как члены семьи спонтанно расселись на приеме у терапевта, также пространственно подтверждало его гипотезу. Миша сидел между родителями, а Валя несколько в стороне от семейной группы.

Основываясь на этом понимании, была сформулирована цель терапии, состоящая в помощи супружеской паре разрешить их конфликт, блокируя участие в нем Михаила, что должно повлечь за собой снижение агрессивности сына. Для этого терапевт продолжил работу по переформулированию проблемы как исключительно касающейся Михаила в проблему взаимодействий всех членов семьи.

С супругами была проведена серия отдельных встреч без детей по преодолению их разногласий, которая позволила им сблизиться, лучше понять тревоги и желания каждого из них и разработать реальные планы по перераспределению ролей в семье и преодолению трудностей экономической ситуации. Параллельно с супружескими консультациями продолжалась работа со всей семьей, ориентированная на улучшение взаимоотношений между родителями и детьми.

Анализ клинического случая №6

Никто никого не любит

Задание: Опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

Девочка-подросток прогуливала школу, с родителями вела себя дерзко. Фрондерские меры и со стороны учителей, и со стороны родителей результата не приносили. В консультировании тоже заняла позицию «достали вы меня все».

– *Папа тебя любит?*

– *Да никто никого не любит!* – показала эмоции девочка.

Когда в кабинете собралась семья Насти (Настя демонстративно не пришла) и была озвучена цель встречи: помочь девочке выровнять поведение, я спросила у десятилетнего Артёма – брата Насти:

– *Как ты думаешь, почему твоя сестра прогуливает школу?* – мальчишка метнул взгляд на родителей. – *Тебе уютно, хорошо дома?*

– *Я на тренировки хожу, на борьбу.*

– *Здорово, молодец. И что, на тренировках тебе лучше, чем дома?*

Родители насторожили ушки.

– *Ну, нет... – глаза опустил в пол.*

– *Как тебя мама с папой хвалят?*

Пацан вздохнул. Мать сменила позу. Отец уронил голову на грудь.

– *Вы с Настей мирно живёте или ссоритесь?*

– *Да, как мама с папой, вечно чего-нибудь делим...*

– *А кто, ты считаешь, в вашей семье главный?*

– *Может, бабушка? Она напечёт пирожков, так мы и сидим мирно,* – вышел из положения Артём.

– *М-м-м, так у вас ещё бабушка есть? Тогда она скорее громоотвод, а не главная, раз здесь её нет,* – строила догадки я.

И, видно, в точку попала, раз папа стал кивать головой.

– *А вы, Валентин Петрович, как считаете, кто у вас в семье главный?*

– *Кто главный? Должен я,* – сказал он спокойно. – *А на самом деле – есть у нас капитан в юбке,* – кивнул он в сторону жены.

Жена слова мужа приняла за оскорбление, стала быстрым голосом напористо предъявлять ему что-то. За одним обвинением прозвучало второе, третье...

– *Вы можете одним-двумя словами сказать, что от мужа хотите?*

– ...

– *Как вы думаете, откуда берутся проблемы у детей?..*

Супруги молчали. Решено было встретиться вновь после индивидуальной консультации мамы.

В своей индивидуальной консультации Наталья больше напряжённо молчала. Она выросла в семье с тихим отцом-алкоголиком и «вечно чем-то недовольной» матерью. Похоже, она только сейчас осознала, что повторяет её. Ей не нравилось поведение матери, но жить иначе она не умела. К мужу предъявляла претензии чаще необоснованные, не любила его. Не умела любить и себя.

– Наталья, вспомните себя девчонкой-школьницей. Представьте, если мать недовольно ворчит, тепло ли, уютно дома? А если дома был скандал, то в школе вы об уроках думали или переживали: «что теперь будет»? Хотелось в такой дом идти?

Женщина только вздыхала, легонько кивала головой. После – попросила «умную книжку про воспитание детей» и ушла.

На следующей сессии сидела также тихо, словно пришла послушать уже надоевшие нравоучения. Умную книжку, стало понятно, так и не читала.

Пришло время собрать всю семью. Настя подвинула свой стул ближе к бабушке. Сейчас она не ершилась, а скорее проявляла интерес: что же будет? Валентин Петрович и Наталья сели друг от друга через свободный стул, хотя настроения враждебности не чувствовалось.

– Артём на тренировке, его не будет, – сообщил Валентин Петрович и убрал свободный стул за круг.

Получилось зрительное, территориальное противостояние: Настя, бабушка и отец на одной стороне, с бабушкой в центре, мама – на другой. Я специально помолчала, чтобы каждый почувствовал это разъединение.

– Настя, вот ты, тот человек, из-за которого мы все здесь собрались. Посмотри, рядом бабушка, папа и... мама, так немножко, в стороне получилась. Почувствуй, тебе так удобно или удобней какое-то другое расположение? Где, по-твоему, должна сидеть мама?

Настя взяла свободный стул, метнула глазами на место возле себя, но потом поставила его рядом со стулом отца. Не поднимая глаз на мать, вернулась на своё место.

– Ага, лет пять-семь назад ты бы точно поставила стул рядом с собой, а теперь тебе хватает и бабушкиного внимания. А вот к папе поближе – это правильно!

– По-вашему как? – обратилась я к матери Валентина Петровича. – Где сейчас должна сидеть Наталья, на каком стуле, для большего уюта?

– Где Настя стул поставила, – показала бабушка кивком головы.

– А вы, Валентин Петрович, куда бы усадили свою супругу?

Он пересел на поставленный Настей стул и пригласил Наталью занять его место. Та быстро перепорхнула на предложенный стул.

– Посидите, Наталья, почувствуйте, а вам-то, где хорошо?

– Здесь хорошо, – быстро согласилась она.

К этому времени я знала, что семья последнюю неделю прожила мирно: Наталья вела себя тише, разговаривала спокойней, Настя «подтягивала хвосты» в школе, вечером гуляла с мальчиком – отец разрешил.

Затем они говорили друг другу комплименты. Сначала мы посадили в центр на вертящийся стул бабушку и надели ей на голову корону. Она поворачивалась к кому-нибудь, смотрела в глаза, а те говорили ей про вкусные пирожки, про вчерашний вкусный борщ, про её доброту и способность не вступать в дела... Она сидела и улыбалась.

В свою очередь Настя услышала, что родители её любят и очень беспокоятся за неё. Она даже услышала извинения от них, что внимания ей уделяют только в порицаниях, и понимают, что беспокоятся чаще сверх меры, а нужно просто спросить: «Как дела?», посидеть вместе.

Валентину Петровичу было неловко сидеть в короне, а Наталье – напротив, корона пришлась по душе. Она горделиво расправила плечи и вздёрнула нос. Но комплименты на ум не приходили, я решила не обострять обстановку – предложила выразить отношение в прикосновении. В общем, вскоре все обнялись и так и стояли...

Результат: глобальных семейных проблем мы не решили – такой заявки и не было, но перемирие было достигнуто. Настя закончила девятый класс и поступила в колледж. Наталья, возможно, стала задумываться: нужна ли ей власть взамен на «мужа-алкоголика».

Анализ клинического случая №6

Детский энурез и семейная психотерапия

Задание: Опишите стратегию и тактику работы психотерапевта, проанализируйте возможные альтернативные стратегии.

В настоящее время лечением энуреза у детей занимаются врачи самых различных специальностей: неврологи, педиатры, психиатры, эндокринологи, урологи, нефрологи, гомеопаты, физиотерапевты. Такое широкое разнообразие специалистов говорит о большом спектре возможных причин, вызывающих данное заболевание.

Тем не менее, бывают ситуации, когда ни один из перечисленных методов не помогает, или наступающее улучшение оказывается временным. В этих случаях врачи рекомендуют родителям обращаться к семейным психологам (психотерапевтам), так как считается, что такое поведение ребёнка может являться системным симптомом, который выполняет в семейной системе, где живет ребенок определенную функцию.

В качестве примера мы хотим вас познакомить с терапией одной семьи. Папа –

«владелец заводов, газет, пароходов», на десять лет старше жены. Она – дерзкая красавица, мужу спуска не дает. И не только мужу, она вообще не дает спуску мужчинам и своему старшему 19 летнему сыну в том числе. Малыш – на момент обращения 6,5 лет — скоро в школу, назовем его Кирилл. Ребёнок писается практически ежедневно, во время сна. На первую консультацию члены семьи пришли вчетвером (муж, жена, двое сыновей).

Что сразу бросилось нам в глаза, так это поведение и внешний вид Кирилла. У него очень нежная кожа, взъерошенная прическа, совсем детские гримасы милого лица. Кирилл лазал, кувыркался, возился на полу с игрушками, предназначенными для трех летних детей. Ему было удобно, потому что он был одет в удивительную для почти семилетнего ребенка одежду — кофточку и колготки (теплые штаны сняли).

Начинаем разговор. Мама эмоциональная, яркая, требовательная. Много обвинительных речей в сторону мужа: этого не сделал, или сделал не так, да лучше бы и не брался вообще... Он занимает неожиданную позицию: будучи «серьезным дяденькой» на работе, он, почему-то, не может постоять за себя в семье.

Постепенно картина начала проясняться, когда обсуждали, как рос старший сын. Обнаружили, что он тоже натерпелся от мамы. У нее своя личная сложная история, ей кажется, что лучший способ стимулировать партнёра по общению, это язвить, обвинять, называть слабаком, почти унижать. Оба поплакали во время консультации, она извинялась перед старшим сыном, который говорил, что он очень обижен, но и благодарен одновременно за достигнутые успехи в учебе и спорте, хоть и таким искаженным образом.

Затем перешли к обсуждению младшего ребёнка, особенностей его поведения в социуме. Прежде всего нас удивило, что он не поздоровался с нами в начале консультации и мы поинтересовались, как вообще он идет на контакт с взрослыми людьми. «А он у нас не любит здороваться» — подтвердила мама. И в детский сад ходить не любит и с детьми играть не очень и, особенно, без мамы оставаться. А как ведёт себя мама в ситуации, когда необходимо оставить ребёнка одного? А мама, как выясняется, чуть-чуть мстит папе за недавнюю интрижку, за то, что не сразу сделал ей предложение (19 лет назад), в общем, за разное. И поэтому она часто загадочно покидает дом и отключает телефон, что бы никто из домашних не знал где она, что бы муж поволновался. Но, как оказывается, волнуется не только муж.

Мы объясняем маме, что ребенок, взрослея, прекращает показывать поведение привязанности к родителю и, вместо этого, исследует окружающую его среду, только тогда, когда мать присутствует или ее местонахождение хорошо известно, т.е. когда она доступна. Такая мать обеспечивает своего ребенка безопасной опорой, исходя из которой, он может исследовать мир и к которой он может возвращаться, в особенности, когда он устает или

пугается.

На протяжении всей оставшейся жизни он склонен показывать тот же самый паттерн поведения, уходя от тех, кого он любит, на все большее расстояние и период времени, однако всегда сохраняя контакт и раньше или позже возвращаясь к любимому лицу.

Кирилл подтвердил наше предположение сказав, что если он поздоровается, то этот человек становится «знакомым» и значит мама может его с ним оставить, а этого ни в коем случае нельзя допустить, хватит того что все время его оставляют с «совсем знакомыми» бабушками.

Атмосфера на консультации накаляется, у мужа много невысказанных претензий к жене по поводу воспитания ребенка и со старшим она палку перегнула и младшим толком не занимается. Супруги ругаются, включается старший сын, вставая на сторону отца и подтверждая, что никто никогда не понимает где мама. Мы наблюдаем. Вообще заметно, что жене в этой ситуации хорошо, так как она любит и умеет ругаться, делает это самозабвенно. Муж сдерживается, видно, что изо всех сил и от этого он выглядит постаревшим и разочарованным.

Мы резюмируем, что поняли их разногласия и видим, что они умеют выражать злость. А как в вашей семье выражается любовь, как каждый из членов вашей семьи понимает, что он любим и значим. Старший сын с ухмылкой замечает, что в его адрес это не говорится прямо никогда, а всегда с некоторой издёвкой. Мы спрашиваем: «А к кому в семье любовь выражается открыто и по-человечески?» «Такое выражение чувств возможно только к Кириллу», – заулыбались все, – «он у нас любимец».

Вообще, выражать любовь, так же как ее получать – это базовая человеческая потребность. Которая в этой семье, в силу сложных детских историй обоих родителей, не реализовывалась психологически корректно, и семейной системе надо было найти человека, которому можно безопасно сказать «Я тебя люблю», без боязни быть отвергнутым. Система жизненно важно нуждалась в этом ребенке и готова была пожертвовать его взрослением, ради достижения этой цели.

С этой точки зрения, возможно, перед Кириллом на бессознательном уровне стоял такой выбор: либо продемонстрировать детское поведение, в том числе энурез, и получать взамен со стороны взрослых членов поощрение виде проявлений любви; либо взрослеть, переставать писаться, но при этом терять возможность удовлетворения своей важной психологической потребности – выражать и получать любовь. В этом смысле Кириллу было не выгодно взрослеть.

Осознав такую системную логику своих семейных взаимоотношений, взрослые члены семьи были весьма удивлены и озадачены. Еще больше они были потрясены тем, что в ночь

после консультации мальчик проснулся сухим. Заметьте, непосредственно с ребенком мы почти не работали, он лишь присутствовал, ответив на некоторые наши вопросы.

На каждую систему и семью, в том числе действуют две силы: сила развития, ее цель – перевести систему на следующий уровень и сила гомеостаза, ее цель – оставить «все как есть». Борьба этих двух сил, в конечном итоге решает исход терапии.

Так, вслед за недельными стабильными улучшениями последовали эпизодические появления энуреза и вновь стабилизация. Мы готовы к дальнейшей работе. Для этого семье потребуется перестроить свои взаимоотношения, выработать новые семейные правила, осознать скрытые мотивы своих поступков.

У семьи сейчас на весах две идеи, две стратегии, два образа жизни.

У нас в фокусе — главная цель семейной терапии — показать возможность членам семьи устанавливать друг с другом отношения таким образом, чтобы каждый мог находить надежную опору, поддержку и принятие.

Тестовые задания для контроля знаний

1. Конкретная семья как группа и объект исследования:

- а) аномальная семья;
- б) идеальная семья;
- в) реальная;
- г) расширенная;
- д) многодетная;

2. Семья – это:

- а) малый коллектив;
- б) малая группа;
- в) малое общество;
- г) малая родина;
- д) малая культура.

3. Ведущими мотивациями супружеского союза являются все, кроме одной:

- а) нравственно-психологическая;
- б) хозяйственно-бытовая;
- в) семейно-родительская;
- г) интимно-личностная;

д) эмоционально-досуговая.

4. С течением времени функции семьи

а) изменяются;

б) остаются ригидными;

в) стабилизируются;

г) усложняются;

д) упрощаются.

5. В современной семье на первом месте стоит функция:

а) биологическая;

б) хозяйственная;

в) экономическая;

г) сексуальная;

д) социально-психологическая.

6. Экзогамия – это:

а) структура власти в семье;

б) количество поколений в семье;

в) принадлежность супругов к определенной общности;

г) последовательность браков

д) количество детей в семье.

7. Полигиния – это:

а) многомужество;

б) многоженство;

в) неравный брак;

г) развод

д) единобрачие.

8. Продолжите фразу: «Полиандрия – это...»

а) многомужество

б) многоженство

в) партнерство

г) единственный ребенок в семье

д) многодетность

9. Кто из перечисленных авторов сформулировал «закон супружеской неверности»:

а) Э. Фромм;

б) Э. Аронсон;

в) Э. Берн;

- г) С. Минухин;
- д) В. Дружинин.

10. Эгалитарная семья предполагает:

- а) полное равноправие мужа и жены;
- б) совместное лидерство мужа и жены;
- в) бесспорное лидерство мужчины;
- г) персональное главенство женщины;
- д) подчинение старшему поколению.

11. Модель семьи, которая принимается обществом и отражается в коллективных представлениях, культуре

- а) нормальная семья;
- б) идеальная семья;
- в) реальная;
- г) неполная семья;
- д) временная семья.

12. Деловой лидер – муж, эмоциональный лидер — жена

- а) бикарьерная семья;
- б) эгалитарная семья;
- в) неопатриархальная семья;
- г) временная семья;
- д) гостевой брак.

13. К кризису традиционных семейных устоев относятся:

- а) отказ от преданности брака на всю жизнь;
- б) интенсификацию разводов;
- в) увеличение числа неполных семей;
- г) широкое распространение аборт;
- д) внебрачное рождение детей.

14. Какой тип семьи преобладает в современном обществе:

- а) детоцентрический;
- б) межпоколенный;
- в) автономный;
- г) регулирующий;
- д) бездетный.

15. Альтернативными браками являются:

- а) неполная семья;

- б) конкубинат;
- в) семья-клуб;
- г) коммуна
- д) гостевой брак.

16. Патриархальная семья—это:

- а) структура власти в семье;
- б) количество поколений в семье;
- в) принадлежность супругов к определенной общности;
- г) количество детей в семье
- д) главенство женщин.

17. Смысл брака в религиозных системах состоит в:

- а) производстве потомства;
- б) идентичности индивидуума;
- в) эмоциональной открытости;
- г) покорности;
- д) самореализации.

18. Кто ввел понятие «жизненный цикл семьи»:

- а) Н. Пезешкиан;
- б) Пол Глик;
- в) Л. Леви-Брюль;
- г) В. Дружинин;
- д) С. Минухин.

19. Период вступления в брак и зачатие первенца:

- а) стадия репродуктивного родительства;
- б) стадия предродительства;
- в) стадия прародительства;
- г) стадия социализированного родительства;
- д) период первичной семьи.

20. Нуклеарная семья— это:

- а) структура власти в семье;
- б) количество поколений в семье;
- в) принадлежность супругов к определенной общности;
- г) количество детей в семье;
- д) разведенная семья.

21. Подлинное и полное равноправие жены и мужа:

- а) бикарьерная семья;
- б) эгалитарная семья;
- в) неопатриархальная семья;
- г) патриархальная семья
- д) матриархальная семья.

22. К задачам развития молодой семьи относятся все, кроме одной:

- а) дифференциация от родительской семьи;
- б) установление границ общения с друзьями и родственниками;
- в) разрешение конфликта между личными и семейными проблемами;
- г) пересмотр супружеских отношений;
- д) создание норм и правил семьи.

23. Длится от зачатия до рождения ребенка:

- а) интерпретативная стадия;
- б) стадия формирования образа;
- в) стадия авторитета ребенка;
- г) стадия взаимозависимости
- д) стадия договора.

24. Семья, которая обеспечивает требуемый минимум благосостояния, социальной защиты и создает условия для социализации детей до достижения ими психологической и физической зрелости:

- а) нормальная семья;
- б) идеальная семья;
- в) реальная;
- г) разведенная семья;
- д) временная семья.

25. Многодетная семья– это:

- а) структура власти в семье;
- б) количество поколений в семье;
- в) принадлежность супругов к определенной общности;
- г) количество детей в семье;
- д) семья с приемными детьми.

26. Равно значимыми признаются профессиональные интересы мужа и жены:

- а) бикарьерная семья;
- б) эгалитарная семья;
- в) неопатриархальная семья;

- г) временная семья;
- д) гостевой брак.

27. Период появления первого ребенка:

- а) стадия репродуктивного родительства;
- б) стадия предродительства;
- в) стадия прародительства;
- г) стадия социализированного родительства
- д) стадия несоциализированного родительства.

28. Период дошкольного возраста в контексте семьи

- а) интерпретативная стадия;
- б) стадия формирования образа;
- в) стадия авторитета ребенка;
- г) стадия взаимозависимости;
- д) стадия взаимонезависимости.

29. Согласно Э. Фромму, «бегством от одиночества» является:

- а) придуманная любовь;
- б) творческая деятельность;
- в) альтернативный брак;
- г) чувство вины;
- д) чувство обиды.

30. Зрелая любовь возникает благодаря:

- а) личностному росту партнеров;
- б) братской любви;
- в) влюбленности;
- г) романтической любви
- д) гормональному сбою.

31. Большинство семей в России это:

- а) семьи с обоими родителями;
- б) семьи с одним родителем и детьми;
- в) бездетные семьи;
- г) ни один из ответов не является верным
- д) разведенные семьи.

32. Во всех перенаселенных странах жители крупных городов испытывают серьезные проблемы с одиночеством, уходом в себя и апатией:

- а) верно;

- б) неверно
- в) не всегда
- г) только мужчины;
- д) только женщины.

33. Воспитание детей– это:

- а) стадия репродуктивного родительства;
- б) стадия предродительства;
- в) стадия прародительства;
- г) стадия социализированного родительства;
- д) стадия социализации.

34. Период младшего школьного возраста:

- а) интерпретативная стадия;
- б) стадия формирования образа;
- в) стадия авторитета ребенка;
- г) стадия взаимозависимости;
- д) стадия социализации.

35. Наиболее распространенной моделью семьи является:

- а) разветвленная;
- б) неполная;
- в) нуклеарная;
- г) ни один из ответов не верен;
- д) разведенная.

36. Присущая человеку социальная структура семьи дает детям возможность:

- а) получить очень хороший уход;
- б) воспринимать социальные и культурные обычаи;
- в) усваивать опыт предшествующих поколений;
- г) верны все ответы;
- д) успешно социализировать детей.

37. Семья представляет собой не застывшую социальную организацию, а динамическую микросистему, постоянно находящуюся в диалектическом развитии:

- а) верно;
- б) неверно;
- в) не всегда;
- г) для мужчин;
- д) для женщин.

38. Основными подсистемами семьи являются:

- а) прародители;
- б) родители;
- в) сиблинги;
- г) все ответы верны;
- д) дети.

39. Разводимость и число детей в семье находятся между собой в:

- а) прямой связи;
- б) обратной связи;
- в) нет никакой связи
- г) корреляционная связь;
- д) стохастическая связь.

40. Появление первого внука:

- а) стадия репродуктивного родительства;
- б) стадия предродительства;
- в) стадия прародительства;
- г) стадия социализированного родительства;
- д) стадия распада.

41. Период подросткового возраста:

- а) интерпретативная стадия;
- б) стадия формирования образа;
- в) стадия авторитета ребенка;
- г) стадия взаимозависимости;
- д) стадия бури и натиска.

42. Наиболее надежный долгосрочный прогноз рождаемости можно составить по опросам о репродуктивных ориентациях:

- а) жен;
- б) мужей;
- в) молодоженов;
- г) детей;
- д).предыдущего поколения

43. Функцией предбрачного периода является:

- а) накопление совместных впечатлений и переживаний;
- б) узнавание друг друга;
- в) прогнозирование и проектирование семейной жизни;

- г) все ответы верны;
- д) согласование ожиданий.

44. Формирование семейного договора (распределение ролей) должно учитывать:

- а) состояние здоровья;
- б) степень занятости на производстве;
- в) интересы, склонности и умения каждого партнера;
- г) все ответы верны;
- д) финансовые условия.

45. Основные причины деструктивного характера разрешения противоречий:

- а) эгоцентризм;
- б) блокировка удовлетворения базовых потребностей партнера;
- в) снижение возможностей самоактуализации и уровня самоуважения партнера;
- г) все ответы верны;
- д) уровень конфликтности партнеров.

46. Нормальный кризис в жизни женщины это:

- а) период первой беременности;
- б) замужество;
- в) карьерный рост;
- г) первая любовь;
- д) появление менструаций.

47. Сиблингами называют:

- а) двоюродных братьев;
- б) братьев и сестер;
- в) сводных детей;
- г) прародителей
- д) супругов.

48. Жизненный сценарий по Э. Берну формируется:

- а) на основе опыта жизни в родительской семье и родительского «программирования»;
- б) на основе причинно-следственных связей;
- в) на основе чувственного опыта;
- г) на основе контакта с противоположным полом;
- д) на основе детских впечатлений.

49. Кто является автором метода «генограмма»:

- а) М. Боуэн;
- б) З. Фрейд;

- в) Г. Навайтис;
- г) С. Минухин;
- д) Э.Берн.

50. Выделите классиков семейного консультирования:

- а) В. Сатир;
- б) Б. Скиннер;
- в) К. Витакер;
- г) С. Минухин;
- д) Э. Эйдимиллер.

51. Психология семейных отношений – это наука, изучающая:

- а) закономерности развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности;
- б) факты и закономерности развития психики человека, а также развитие его личности на разных этапах онтогенеза;
- в) объективные закономерности проявления и механизмы семейных отношений;
- г) психические свойства и процессы личности в их взаимосвязи с физической, социальной и семейной средой.

52. В каком из подходов к изучению семьи включается метод выявления и изучения типовых, «слабых» мест семьи:

- а) в эклектическом;
- б) в проблемном;
- в) в факторном;
- г) в эмпирическом.

53. Промискуитет – это:

- а) беспорядочные половые связи;
- б) супружеская верность;
- в) экономическая сделка;
- г) супружеская неверность.

54. При патриархате власть изначально принадлежит:

- а) мужу;
- б) жене;
- в) детям;
- г) отцу.

55. Семья, которая не соответствует традиционным представлениям, называется:

- а) неполная;
- б) нетрадиционная;
- в) необычная;
- г) смешанная.

56. Функцией которой относится «поддержание физического состояния семьи, уход за престарелыми»?

- а) функция социального контроля
- б) воспитательная функция
- в) хозяйственно-бытовая функция
- г) функция организации досуга

57. Дисфункциональная семья – это:

- а) семья, которая не справляется со своими проблемами
- б) семья, которая справляется со своими проблемами
- в) семья, у которой нет проблем
- г) семья, которая игнорирует свои проблемы

58. Семья, существующая только ради детей – это:

- а) семья - отдушина
- б) детоцентрическая семья
- в) эгоцентрическая семья
- г) полная семья

59. Период взаимодействия с брачными партнерами до брака называется:

- а) добрачный период
- б) постбрачный период
- в) предбрачный период
- г) брачный период

60. Выделите определение модели выбора брачного партнера «Модель дополнительности»:

- а) выбор партнера – это ступенчатый процесс, когда происходит фильтрация по принципу однородности
- б) совпадение базовых потребностей
- в) симпатия возникает при совпадении ценностей, убеждений и мировоззрения
- г) партнер обладает такими свойствами, которых не у первого

61. «Кризис медового месяца» – это:

- а) первые 3 года совместной жизни

- б) первые полгода совместной жизни
- в) первые 2 года совместной жизни
- г) первый год совместной жизни

62. По Дж. Ли «сторге» - это

- а) страстная любовь
- б) бескорыстная любовь
- в) любовь-дружба
- г) любовь по расчету

63. Какой конфликт больше служит развитию отношений в семье?

- а) прогрессирующий
- б) актуальный
- в) привычный
- г) явный

64. Нормальная семья, по М. Миду, это семья, в которой ответственность за семью несет:

- а) отец (муж)
- б) мать (жена)
- в) взрослый ребенок
- г) глава семьи

65. Какой конфликт связан с устоявшимися противоречиями в отношениях между супругами?

- а) явный
- б) смещенный
- в) прогрессирующий
- г) привычный

66. Какому типу воспитания детей характерны чрезмерная опека и самоконтроль со стороны родителей?

- а) гипопротекции
- б) гиперпротекции
- в) противоречивому воспитанию
- г) воспитанию в культе болезни

67. Определите мужской тип сексуального поведения, когда мужчина – «охотник, а его цель – завоевать и обладать женщиной»:

- а) «Дон-Кихот»

- б) «Дон-Жуан»
- в) «Комплекс Отелло»
- г) «Комплекс Леота»

68. Оптимальным периодом для предбрачного знакомства считается:

- а) период от одного месяца до года
- б) период от трех месяцев до шести месяцев
- в) период от одного года до полутора лет
- г) от трех лет до пяти лет

69. Выделите уровни аттракции:

- а) знакомство, симпатия, дружба
- б) симпатия, дружба, любовь
- в) дружба, любовь, ненависть
- г) ненависть, симпатия, дружба

70. Псевдокоалиция – это:

- а) когда конфликт решается принятием компромисса
- б) когда конфликт решается путем завоевания «голоса» ребенка
- в) когда конфликт решается на семейном совете
- г) когда конфликт решается в зависимости от мнения главы семьи

71. Главенство, приоритет мнения одного из супругов в принятии решений присутствует:

- а) в эгалитарной семье
- б) в демократической семье
- в) в детоцентрической семье
- г) в авторитарной семье

72. Функцией предбрачного периода является:

- а) накопление совместных впечатлений и переживаний
- б) узнавание друг друга
- в) прогнозирование и проектирование семейной жизни
- г) все ответы верны

73. Роль послушного, воспитанного примерного ребенка в семье называется:

- а) «Золушка»
- б) кумир семьи
- в) паинька
- г) исполнитель

74. Для современной России преобладающей формой семьи является:

- а) неполная семья
- б) эгалитарная семья
- в) нуклеарная семья
- г) молодая семья

75. Распространенное в России наименование «гражданский брак» соответствует такой форме брачно-семейных отношений как:

- а) свингерство
- б) открытый брак
- в) интимная дружба
- г) незарегистрированное сожительство

76. До рождения ребенка мужчина в семье – «фигура», а после рождения ребенка – он:

- а) фантом
- б) фон
- в) фи-феномен
- г) феномен

77. Стабилизировать брак не удастся:

- а) количеством детей
- б) стремлением партнеров к сохранению семьи
- в) эстетической привлекательностью
- г) разумным сочетанием разнообразных личных целей и потребностей с общесемейными делами

78. По А.Г. Харчеву семья – это:

- а) построенная на любви и нравственности отношения между мужчиной и женщиной;
- б) малая социальная группа, члены которой связаны брачными или родственными отношениями, общностью быта, взаимной помощью и моральной ответственностью;
- в) семейный союз мужчины и женщины, порождающий их права и обязанности по отношению друг к другу и детям;
- г) группа совместно проживающих родственников.

79. Подход в изучении семьи, который дает общее и всестороннее представление об изучаемой семье в данный момент:

- а) модель Мак-Мастерса;
- б) трехосевая классификация проблемных семей;
- в) круговая модель;
- г) интуитивная таксономия.

80. Полиандрия – это:

- а) брак одного мужчины с одной женщиной;
- б) брак одного мужчины с несколькими женщинами
- в) брак одной женщины с несколькими мужчинами
- г) брак нескольких мужчин и нескольких женщин

81. Кто является главой семьи при матриархате:

- а) отец;
- б) мать;
- в) старший брат;
- г) старшая сестра.

82. Моновариант – это:

- а) Одиночество;
- б) Сознательно бездетный брак;
- в) Свингерство;
- г) Внебрачный секс.

83. Какая функция семьи является главной для женщины:

- а) сексуально-эротическая;
- б) психотерапевтическая;
- в) функция организации досуга;
- г) функция социального контроля.

84. Какие типы семей выделяет В. Сатир:

- а) психологически благополучная и психологически неблагополучная семья;
- б) зрелая и проблемная;
- в) нормальная и ненормальная;
- г) полная и неполная.

85. Семья, включающая несколько поколений – это семья:

- а) неполная;
- б) нуклеарная;
- в) сложная;
- г) зрелая.

86. К какой стадии жизненного цикла семьи, по Р. Хиллу, можно отнести следующую характеристику: «Взрослый ребенок, не состоящий в браке»?

- а) стадия «вылета детей из гнезда»
- б) стадия монады

- в) стадия проживания с ребенком до подросткового возраста
- г) стадия «прилета детей в гнездо».

87. К какой модели выбора брачного партнера относится принцип гомогенности (однородности):

- а) модель максимизации выгоды;
- б) модель Мерстейна;
- в) модель фильтрации;
- г) модель дополнительности.

88. Укажите три универсальных кризисных периода брака, характерных для всех культур:

- а) период ухаживания, появление первого ребенка, появление второго ребенка;
- б) кризис медового месяца, появление первого ребенка, кризис середины жизни (когда дети уходят, отделяются от родителей);
- в) рождение первого ребенка, зрелая стадия брака, старость;
- г) кризис медового месяца, кризис середины жизни, развод.

89. По Дж. Ли «людус» – это:

- а) любовь-дружба;
- б) любовь-игра;
- в) любовь-одержимость;
- г) любовь по расчету.

90. К какому конфликту относится выражение: «люди не могут долго приспособиться друг к другу и развивается напряженность?»

- а) к актуальному;
- б) к явному;
- в) к прогрессирующему;
- г) к привычному.

91. С точки зрения М. Мида, семья в которой отец ответственность за семью не несет, это - семья:

- а) эгалитарная;
- б) аномальная;
- в) традиционная;
- г) зрелая.

92. «Презумпция виновности» - это:

- а) незнание и непонимание психологических особенностей партнера;

- б) эгоизм, осознание своего превосходства в происходящем;
- в) представление о том, что во всем, что происходит в семье виноват партнер;
- г) отрицание обоими партнерами своей вины.

93. Реальная направленность, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка выражается:

- а) в родительской позиции;
- б) в стиле воспитания;
- в) в родительской роли;
- г) в родительском контроле.

94. Женский тип социального поведения к которому относится «женщина, живущая в мире мечтаний и фантазий, с богатым воображением»:

- а) «Алиса в стране чудес»;
- б) «Комплекс Титании»;
- в) «Комплекс Массолины»;
- г) «Комплекс Золушки».

95. Мотивы вступления в брак, которые выделяет А.Б. Добрович:

- а) осознаваемые;
- б) неосознаваемые;
- в) мотивация на определенного человека;
- г) мотивация на определенный тип брака.

96. Высшим уровнем аттракции является:

- а) дружба;
- б) любовь;
- в) ненависть;
- г) неприязнь.

97. Псевдосolidарность в воспитании детей в семье – это когда:

- а) взаимодействие с ребенком становится площадкой для эмоционального объединения супругов;
- б) родители придерживаются позиции в воспитании ребенка как продолжения супружеской борьбы;
- в) супруги считают ребенка обузой и проявляют общее недовольство ребенком;
- г) супруги не считают ребенка обузой, но проявляют общее недовольство ребенком.

98. Эгалитарная семья – это семья, в которой:

- а) глава семьи – жена;
- б) глава семьи – муж;

- в) равноправие;
- г) главенствуют дети.

99. Основными подсистемами семьи являются:

- а) прародители;
- б) родители;
- в) сиблинги;
- г) все ответы верны.

100. Укажите положительные роли ребенка в семье:

- а) кумир семьи, ужасный ребенок, любимчик;
- б) роль болезненного ребенка, кумир, бэби;
- в) кумир семьи, паинька, роль болезненного ребенка;
- г) паинька, «Золушка», ребенок-примиритель.

101. Для современной российской семьи характерны:

- а) сплав и взаимопроникновение экономических потребностей и ценностей родства;
- б) перевес экономической деятельности над ценностями родства;
- в) перевес личных выгод над ценностями родства;
- г) перевес родственных ценностей над личной выгодой.

102. Понятие «брак» и «семья» тесно взаимосвязаны, однако, учеными убедительно доказано, что брак и семья возникли:

- а) одновременно;
- б) в разные исторические периоды;
- в) в античности;
- г) в связи с общностью быта.

103. Адаптация к требованиям семейной жизни происходит:

- а) лишь после заключения брака в условиях совместного проживания;
- б) в период предбрачного знакомства;
- в) в период добрачного знакомства;
- г) при условии положительного отношения к пратнеру.

104. Однократную супружескую неверность называют:

- а) супружеский парадокс;
- б) несчастный случай в постели;
- в) сексуальный феномен;
- г) ошибка сознания.

105. Наиболее распространенной моделью семьи является:

- а) разветвленная;
- б) неполная;
- в) нуклеарная;
- г) ни один ответ не верен.

106. Выделите определение семьи по А.И. Захарову:

- а) семья – не есть простая сумма этой семьи, это прежде всего определенная сеть взаимоотношений между членами семьи;
- б) семья – первичная и единственная группа, которая увеличивается не благодаря приему новых членов извне, а благодаря рождению детей;
- в) семья - исторически конкретная система взаимоотношений между супругами, детьми как малой группы, члены которой связаны брачными и родственными отношениями;
- г) семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни.

107. Подход в изучении семьи, основанный на интуиции, на опыте работы с семьей и на успехе их коррекции:

- а) интуитивная таксономия;
- б) факторный анализ;
- в) модель Мак-Мастерса;
- г) круговая модель.

108. С появлением родов возник:

- а) полигамный брак;
- б) групповой брак;
- в) моногамный брак;
- г) открытый брак.

109. Глава семьи в эгалитарной семье:

- а) муж;
- б) жена;
- в) оба супруга;
- г) никто.

110. Свингерство – это:

- а) обмен брачными партнерами;
- б) наличие внебрачных интимных связей;
- в) уважение к личной жизни партнера;
- г) одиночество.

111. Функция семьи, удовлетворяющая потребности человека в счастье:

- а) репродуктивная;
- б) фелицитивная;
- в) сексуально-эротическая;
- г) психотерапевтическая.

112. Степень гибкости и стабильности отношений в семье характеризует:

- а) адаптируемость;
- б) социальное согласие;
- в) активность;
- г) проблемность.

113. Нуклеарная семья – это:

- а) отдельно проживающая семья, состоящая только из супругов и детей (или без детей)?
- б) семья, включающая также и дедушек, и бабушек;
- в) семья, проживающая с родственниками;
- г) смешанная семья.

114. Название периода от рождения до брака:

- а) предбрачный период;
- б) постбрачный период;
- в) добрачный период;
- г) длительный период.

115. Выражение «Формирование пары происходит при максимальном количестве желаемых качеств» относится:

- а) к модели фильтров;
- б) к модели маскировки выгоды;
- в) к модели дополнительности;
- г) к модели ценностно-ориентационного сходства.

116. Согласно Р. Хиллу, жизненный цикл семьи включает в себя:

- а) 5 стадий;
- б) 9 стадий;
- в) 7 стадий;
- г) 8 стадий.

117. По Дж. Ли «агапе» - это:

- а) спокойная надежная любовь;
- б) страстная любовь;
- в) любовь по расчету;
- г) бескорыстная любовь.

118. Конфликт, который меньше всего служит развитию отношений?

- а) явный;
- б) скрытый;
- в) привычный;
- г) прогрессирующий.

119. Если в семье никто не несет ответственность за происходящее в ней – это семья:

- а) невротическая;
- б) здоровая;
- в) псевдосемья;
- г) неполная.

120. Актуальный конфликт выражается:

- а) в том, что люди не могут долго приспособиться друг к другу и развивается напряженность;
- б) в сиюминутных вспышках, вызванной конкретной причиной;
- в) в устоявшихся противоречиях между супругами;
- г) в снижении удовлетворенности браком.

121. Неучастие одного из родителей в воспитании ребенка называется:

- а) псевдокоалиция;
- б) псевдоотстраненность;
- в) псевдоувлеченность;
- г) псевдосолидарность.

122. Определите мужской комплекс сексуального поведения, когда мужчина не доверяет партнерше и боится оказаться осмеянным:

- а) «Дон-Кихот»
- б) «Дон-Жуан»
- в) «Комплекс Отелло»
- г) «Комплекс Леота»

123. Выделите фактор, не относящийся к фактору риска в предбрачном периоде:

- а) ранний возраст супругов;
- б) наличие у жены более высокого образования, чем у мужа;
- в) поздний возраст супругов;
- г) теплые отношения до брака;

124. Выделите фактор аттракции по Л.Я. Гозману:

- а) от ненависти к любви;

- б) от любви к ненависти;
- в) от любви к симпатии;
- г) от симпатии к любви.

125. Псевдоконфратнация в воспитании детей в семье – это:

- а) общая модель воспитания ребенка;
- б) отстраненность одного из супругов от воспитания;
- в) супружеская «борьба» за воспитание ребенка;
- г) супружеское единство в воспитании ребенка.

126. Выделите название роли ребенка в семье, вызывающее всеобщее восхищение членов семьи:

- а) паинька;
- б) кумир семьи;
- в) фаворит;
- г) «Золушка».

127. Брак, по А.Г. Харчеву – это:

- а) малая социальная группа общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях;
- б) исторически конкретная система взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми как малой группа;
- в) исторически меняющаяся социальная форма отношений между мужчиной и женщиной, посредством которой общество упорядочивает и санкционирует их половую жизнь и устанавливает их супружеские и родительские права и обязанности;
- г) гражданский брак.

128. По В.А. Сысенко, физиологическая адаптация в сфере брачно-семейных отношений включает в себя:

- а) сексуальную адаптацию;
- б) адаптацию к темпераменту партнера;
- в) адаптацию к характеру партнера;
- г) адаптация к образу жизни партнера.

129. «Мерцающий» или «периферический» муж – это муж:

- а) который, периодически появляется;
- б) который, избегает женщин;
- в) который, живет со своей матерью;
- г) который, часто появляется

130. Присущая человеку социальная структура семьи дает детям возможность:

- а) получить очень хороший уход;
- б) воспринимать социальные и культурные обычаи;
- в) усваивать опыт предшествующих поколений;
- г) все ответы верны.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Литература основная

1. Ткаченко И.В. Основы психологии семьи и семейного консультирования (с практикумом) [Электронный ресурс] : учебное пособие / И.В. Ткаченко, Е.В. Евдокимова. — Электрон.текстовые данные. — Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2017. — 182 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/58898.html>
2. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003, 336 с.

Литература дополнительная

1. Варга А.Я. Системная семейная терапия. Краткий лекционный курс. - СПб.: Речь, 2015.
2. Киселева М.Г. Если ребенок болеет. Психологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям [Электронный ресурс] / М.Г. Киселева. — Электрон.текстовые данные. — М. : Генезис, 2016. — 176 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/54343.html>
3. Психологическое сопровождение семей группы риска [Электронный ресурс] : коллективная монография / Н.И. Медведева [и др.]. — Электрон.текстовые данные. — Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2015. — 191 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/62997.html>

Литература для углубленного изучения

1. Андреева Т. В. Психология семьи. – СПб. : Речь, 2007. – 384 с
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 1999. - 160 с.
3. Вебер Г. Кризисы любви: Системная психотерапия Берта Хеллингера. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 304 с.
4. Витакер К. Полуночные размышления семейного терапевта.- М., 1998., 208 с.

5. Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. Семейная терапия: символический подход, основанный на личном опыте. /Перев.с англ. А.З. Шапиро. - М.: Независимая фирма "Класс" (Библиотека психологии и психотерапии)
6. Зинкер Дж. В поисках хорошей формы: Гештальт-терапия с супружескими парами и семьями. - М.: Класс, 2000. - 320 с.
7. МаданесКлу. Стратегическая семейная терапия. - М.: Класс, 2016.
8. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. - М.: Класс, 2015.
9. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт.
10. Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы. - М.: Класс, 1998.
11. Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье. - СПб.: Акцидент, Ленато, 2013.
12. Скиннер Р., Клииз Дж. Семья и как в ней уцелеть. - М.: Класс, 1995.
13. Сатир В. Как строить себя и свою семью: Пер. с англ.: улучш. изд — М.: Педагогика-Пресс, 1992. — 192 с.
14. Сатир В. Психотерапия семьи. — «Речь», СПб., 2000.
15. Сатир В. Вы и ваша семья. - М.: Апрель-ПРЕСС, 2000. - 320 с.
16. Таннен Д. Общаться с родными. Как / ДебораТаннен ; пер. с англ. Т. Новиковой. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
17. Кэмерон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо.
18. Хеллингер Б. Порядки любви. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 400 с.
19. Хоментаскас Т. Семья глазами ребенка. - М.: Педагогика, 1989.
20. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. - М.: Класс, 2001.
21. Шутценбергер А. Синдром предков. - М.: Издательство Института Психотерапии, 2001.
22. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4 изд.- СПб.: Питер, 2008. – 672 с.: ил.- (Серия»Мастера психологии»)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алексеевко Т.В.* Оценка эффективности системной семейной психотерапии. В сборнике: семья, брак и родительство в современной России. Выпуск 2. Под редакцией А. В. Махнача, К. Б. Зуева. Москва, 2015. С. 24-34.

2. *Андрюшин И.И.* "Рабочая поверхность семейной группы" - пространство взаимодействия в психоаналитической семейной психотерапии. Мир психологии. 2008. № 1. С. 89-93.
3. *Аносова Е.В., Емельянова Т.В.* Биопсихосоциальная модель шизофрении: семейное консультирование и психотерапия как часть психосоциальной реабилитации в комплексном подходе лечения шизофрении. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 2. с. 74-77.
4. *Асадуллина С.Х.* Виртуальный подход в психотерапии (на примере семейной терапии). Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 37-42.
5. *Бабчук М.А., Корсун Т.В., Рихмаер Е.А.* Психология семьи и семейная психотерапия в кросс-культурном аспекте (республика Казахстан). Альманах современной науки и образования. 2008. № 10-1. с. 19-22.
6. *Билецкая М.П.* Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). Санкт-Петербург, 2010.
7. *Борисов Д.А., Подсытник А.В.* Консультирование и психотерапия семей с ребенком страдающим заиканием в рамках стратегической системной семейной психотерапии. В сборнике: актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии: сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 25-летию факультета медицинской психологии. 2016. с. 33-37.
8. *Болотова Н.П.* Предпосылки и перспективы в работе с семьей в системном подходе: системная семейная психотерапия. Монография / Москва, 2016.
9. *Булыгина В.Г.* Семейная психотерапия лиц с выраженными психическими расстройствами в амбулаторных условиях; в сборнике: Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжёлыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. Сборник материалов рабочего совещания. 2006. с. 108-113.
10. *Варга А.Я.* Введение в системную семейную психотерапию. Учебное пособие. Москва, 2009.
11. *Варга А.Я.* Обучение студенческой молодежи семейной психотерапии: проблемы и вызовы. В книге: Высшая школа: опыт, проблемы, перспективы материалы VIII международной научно-практической конференции : в 2 частях. Российский университет дружбы народов ; науч. Ред. В. И. Казаренков. 2015. С. 182-186.
12. *Вишневская О.П., Вишневский В.А.* Системная семейная психотерапия в психиатрической практике. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005. № 1. с. 62-65.

13. *Вьюков А.С., Давыдов А.Т.* К вопросу семейной психотерапии с родственниками больных шизофренией. В книге: Психосоматическая медицина - 2017 2017. с. 70.
14. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.* Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств. Современная терапия психических расстройств. 2013. № 1. С. 34-39.
15. *Городнова М.Ю., Калишевич С.Ю.* Краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии. Учебно-методическое пособие / Санкт-Петербургский государственный университет физической культуры им. П. Ф. Лесгафта. Санкт-Петербург, 2005.
16. *Гуткевич Е.В., Богданова М.Г., Аксенов М.М.* Особенности семейной системы при непсихотических психических расстройствах и системная семейная психотерапия. В сборнике: Актуальные вопросы психиатрии и наркологии сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015 г.) и II Российско-Китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами» (Томск, 7 октября 2015 г.) / под редакцией члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана. Томск, 2015. с. 29-31.
17. *Дегтярев А.В.* Семейное насилие. факторы риска, диагностика, психотерапия. Психология и право. 2012. № 4. с. 77-87.
18. Дети в семейной психотерапии: практическая работа и профессиональное обучение / под ред. Джоан Дж. Зильбах. Москва, 2004. Сер. Серия "семейная психология"
19. *Драпкин Б.З.* Семейная психотерапия, (Метод психотерапии материнской любовью). Москва, 2005.
20. *Зайцев В.В.* Семейная психотерапия больных с шизофренией и шизотипическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2008. № 28. с. 18-34.
21. *Зеленкова Т.В., Празднова В.А.* Интегративная модель психосоциальной помощи больным шизофренией и их родственникам в контексте системной семейной психотерапии. Психическое здоровье. 2009. Т. 7. № 10. С. 36-44.
22. *Зуйкова Н.Л., Спасский М.Е.* Опыт групповой работы с супружескими парами в духе клинической семейной психотерапии. Архивъ внутренней медицины. 2016. № s1. С. 124-125.
23. *Каширина В.Ю., Жуйкова Е.Б.* Интеграция идей системного подхода в обучение семейной психотерапии. В сборнике: Современное поле семейной психотерапии: Материалы научно-практической конференции. Национальный исследовательский

- университет «Высшая школа экономики» ; под ред. Е. Ю. Чеботаревой. 2017. с. 240-246.
24. *Кириллина Н.К., Бородкина О.Ф.* Детско-подростковая и семейная психотерапия. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 2. с. 138-140.
 25. *Киселева М.Г.* Возможности применения семейной психотерапии горя в психологической реабилитации семей с ребенком, имеющим врожденный порок сердца. Теоретическая и экспериментальная психология. 2017. т. 10. № 3. с. 54-62.
 26. *Ковальчук С.А.* Кризис семьи как объект семейной психотерапии. Развитие профессионализма. 2016. № 2 (2). С. 76-77.
 27. *Колесников И.А.* Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии). Автореферат дис. кандидата медицинских наук / С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. Санкт-Петербург, 2010
 28. *Коннер Р.Ф., Зырянова Ю.И., Каленский М.И., Дроздовский Ю.В.* Стратегический подход к семейной психотерапии: методическое пособие для врачей-курсантов / Новокузнецк, 1998.
 29. *Коньшина Ю.Е.* Психологическое сопровождение семьи на примере системной семейной психотерапии. В сборнике: Семья в современном мире: сборник трудов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2017. с. 267-271.
 30. *Косенко В.Г., Цыганков Б.Д., Солоненко А.В.* Семейная психотерапия и психообразование родственников пациентов с первым психотическим эпизодом. Российский медицинский журнал. 2009. № 4. с. 36-40.
 31. *Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Долотова Н.В., Малышкина А.И., Ильин А.Г., Антышева Е.Н.* Семейная психотерапия в реабилитации детей-инвалидов. Паллиативная медицина и реабилитация. 2015. № 4. с. 49-53.
 32. *Коцюбинский А.П., Зайцев В.В.* Семейная психотерапия психически больных. В сборнике: Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии: методологические и организационные аспекты. Санкт-Петербург, 2017. с. 253-272.
 33. *Кулаков С.А.* Курс по выбору : семейная психотерапия наркоманий. В сборнике: Психология в школе: практический психолог - профессия нового века: Материалы ежегодной всероссийской научно-практической конференции. 2001. с. 248-249.
 34. *Курило В.А., Данилевская Н.В.* Система психотерапии семейной дезадаптации у мужчин и женщин с невротическими расстройствами. Таврический журнал психиатрии. 2012. Т. 16. № 1 (58). С. 15-22.

35. *Лукьянченко Н.В., Аликин И.А.* Системная семейная психотерапия М. Боуенаучебно-методическое пособие / Красноярск, 2005.
36. *Махнач А.В.* Семейная психотерапия и православная традиция. В сборнике: X Международные рождественские образовательные чтения сборник докладов. составление, редакция: иерей Андрей Лоргус, Максимов Ю.В.. 2002. с. 55-68.
37. *Медведев С.Э.* Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт". Санкт-Петербург, 2009
38. *Медведев С.Э.* Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрол. Институт им. В.М. Бехтерева. Санкт-Петербург, 2009
39. *Меринев А.В., Меденцева Т.А.* Особенности психотерапии алкогольной зависимости с учетом варианта семейной динамики. Вопросы наркологии. 2017. № 12 (160). с. 16-22.
40. *Митягина В.А.* Анализ прагматики коммуникации: от семейной психотерапии к семиотике социокультурных интеракций. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2006. № 2. С. 10-13.
41. *Низовая М.А., Тихонова В.И.* Концепция В. Сатир в семейной психотерапии будущего. В сборнике: Россия в зеркале реформ: прошлое, настоящее, будущее: Материалы X межвузовской научной студенческой конференции. Министерство образования и науки РФ, федеральное агентство по образованию, Воронежский государственный университет. 2007. С. 252-256.
42. *Николаев Е.Л.* Культуральные особенности семейной психотерапии в межэтническом браке. В сборнике: Психология в изменяющейся России: материалы II съезда психологов Чувашии. Ответственный редактор В.П. Фоминых. 2002. С. 28-30.
43. *Орлов А.Б.* Семейная психотерапия; В книге: Большой психологический словарь, Санкт-Петербург, 2003. с. 494-497.
44. *Празднова В.А., Атаманов А.А.* Особенности семейных отношений и перспективы семейной психотерапии в семьях больных генерализованным тревожным расстройством. Психическое здоровье. 2010. Т. 8. № 3 (46). С. 36-40.
45. *Преображенская А.О.* Нарративный подход в семейной психотерапии. Сборники конференций НИЦ социосфера. 2010. № 6. С. 61-64.

46. *Романенко Ж.В.* Основы семейной психотерапии. Учебно-методическое пособие / Ж. В. Романенко ; Нижегородская гос. Мед. Акад.. Нижний Новгород, 2008.
47. *Романов Д.В., Хайретдинов О.З., Бебчук М.А.* Супервизия в программе обучения системной семейной психотерапии специалистов, работающих с детьми. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. 2010. Т. 12. № 3-2. С. 431-433.
48. *Смыслова М.М.* Психотерапевтическая работа с неполной семьей (практика семейного консультирования и семейной психотерапии). Профилактика зависимостей. 2015. № 4. С. 192-208.
49. *Старшенбаум Г.В.* Сексуальная и семейная психотерапия. Саратов, 2015.
50. *Степанова О.П.* Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме. В сборнике: Психологические проблемы бытия человека в современном обществе. здоровье личности и ее адаптация, Материалы международной научно-практической конференции. Магнитогорск, 2009. с. 240-241.
51. *Сушко Н.Г.* Элементы семейной психотерапии в социальной работе Учебное пособие / Н. Г. Сушко ; Федеральное агентство по образованию, гос. Образовательное учреждение Высш. Проф. Образования "Тихоокеанский гос. Ун-т". Хабаровск, 2008.
52. *Тихонова О.И., Яновский С.С.* Особенности семейной психоаналитической психотерапии. Журнал практической психологии и психоанализа. 2015. № 1. С. 5.
53. *Трофимова М.В.* Семья и семейные отношения в психологии и психотерапии с позиции системного подхода. Труды братского государственного университета. Серия: гуманитарные и социальные науки. 2013. Т. 1. С. 44-50.
54. *Уорден М.* Семейная психотерапия: диагностика, техники, секреты мастерства : [учебное издание для высшего профессионального образования] / Марк Уорден ; [пер. с англ. А. Ершова]. Санкт-Петербург, 2007. сер. Психология - лучшее (4-е междунар. изд.)
55. *Федорова Г.М., Бажурин В.Б., Федоров В.А.* Способ проведения семейной психотерапии. Патент на изобретение гус 2371206 22.04.2008
56. *Холмогорова А.Б.* Современная терапия психических расстройств. 2007. № 2. с. 19-29.
57. *Чаева С.И.* Семейная интегративная психотерапия и психопрофилактика при невротических и психопатических расстройствах у детей и подростков. автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Санкт-Петербург, 1994
58. *Чалова А.В., Семенова Ж.В.* Современные научные исследования и инновации. 2014. № 8-2 (40). с. 181-185.

59. *Чекмарев М.В.* Экзистенциальный и позитивный подходы в семейной психотерапии. В сборнике: Психологическое здоровье и развитие личности в современном мире: материалы всероссийской конференции (с международным участием), посвященной 20-летию кафедры психологии и педагогики Амурского государственного университета. 2017. с. 93-96.
60. *Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учеб.пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. СПб., 2005. сер. Мэтры мировой психологии
61. *Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В.* Семейная психотерапия;Хрестоматия / Санкт-Петербург, 2007.
62. *Эйдемиллер Э.Г.* Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах. Автореферат дис. ... доктора медицинских наук / Санкт-Петербург, 1994
63. *Эйдемиллер Э.Г.* "Блеск" и "нищета" семейной психотерапии. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2011. Т. XI. № 1. С. 76-86.
64. *Янковская Е.М.* Психотерапия и психологическое (семейное) консультирование в семьях постинсультных больных. Вестник психотерапии. 2007. № 20. с. 89-99.
65. *Шевченко А.В.* Особенности психотерапии привязанности у ребенка с психосоматическим расстройством (анализ клинического случая) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон.науч. журн. – 2016. – N 1 (11) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.

КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1	в	31	г	61	г	91	а	121	б
2	б	32	а	62	б	92	в	122	в
3	д	33	г	63	б	93	г	123	г
4	а	34	а	64	г	94	а	124	г
5	д	35	г	65	г	95	г	125	в
6	в	36	г	66	б	96	б	126	б
7	б	37	а	67	б	97	б	127	в
8	а	38	г	68	а	98	в	128	г
9	б	39	б	69	г	99	г	129	а
10	а	40	в	70	г	100	г	130	г
11	б	41	г	71	г	101	а		
12	в	42	б	72	г	102	а		
13	а	43	г	73	в	103	а		
14	а	44	г	74	б	104	а		
15	б	45	г	75	г	105	в		
16	а	46	а	76	б	106	в		
17	а	47	б	77	а	107	г		
18	б	48	а	78	в	108	в		
19	б	49	а	79	б	109	в		
20	б	50	а	80	в	110	а		
21	б	51	в	81	б	111	б		
22	г	52	б	82	а	112	б		
23	б	53	а	83	б	113	б		
24	а	54	а	84	а	114	в		
25	г	55	б	85	б	115	б		
26	а	56	в	86	в	116	в		
27	а	57	а	87	г	117	а		
28	в	58	б	88	б	118	б		
29	б	59	а	89	б	119	а		
30	а	60	г	90	г	120	б		

Диагноз ребенка и семьи в психотерапии

(Н. Анкерманн. Роль семьи в появлении расстройств у детей [61].)

Для того чтобы определить взаимосвязь ребенка и семьи, необходимо следующее:

1. Критерии психосоциальной структуры семейной группы и ее психического функционирования.
2. Определение этапов развития семьи.
3. Классификация типов семьи исходя из их психического функционирования.
4. Теория личности ребенка, определяющая этапы развития исходя из биосоциальной интеграции с семейной группой.
5. Система оценки девиантных единиц поведения ребенка в контексте общей организации личности и ее адаптации к семейным ролям.
6. Классификация психических нарушений у детей, сопоставимая с принципами диагноза семьи.

Психосоциальная структура и функции семейной группы подлежат как кросс-секционному, так и проспективному исследованию. В каждый определенный момент времени можно говорить о следующих семейных процессах и явлениях:

1. Исполнение, согласование и балансировка семейных функций.
2. Типичные семейные ролевые взаимоотношения и паттерны комплементарности.
3. Конфликты и их преодоление; точки соприкосновения и противоречия внутри группы; взаимодействие между семейной и индивидуальной защитой.
4. Идентичность, стабильность, ценностная ориентация и рост семьи.
5. Несоответствие между реальной жизнедеятельностью семьи и моделью здорового семейного функционирования.

Кроме того, можно перейти на более дифференцированный уровень и оценить супружескую и родительскую адаптацию, соответствие супружеской и родительской ролей, родителей как индивидов, соответствие родителя ребенку и ребенка родителю.

Толерантность и идентичность современного психотерапевта

(Эйдмиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия).

Психотерапия — это переговоры психотерапевта и клиента (клиентов) на его (их) языке с целью оптимизации его (их) функционирования.

Психотерапия является полимодальной духовной практикой, соединившей в себе религию, медицину вообще и психиатрию в частности, педагогику, психологию, этику и политику.

Сдерживающим моментом, предотвращающим злоупотребление властью и влиянием в психотерапии, являются два фундаментальных параметра личностного и профессионального измерения психотерапевта: его *толерантность и идентичность*. С нашей точки зрения, это основные взаимосвязанные характеристики организации современного психотерапевта.

Толерантность исчерпывается определенным набором качеств.

1. Психотерапевт способен принять клиента таким, какой он есть.
2. Психотерапевт выступает в роли исследователя, посредника, переводчика, инициатора изменений эксперта, судьи, прокурора и священника.
3. *Эмпатия* — умение видеть мир глазами другого человека и переживать его таким, каким переживает этот другой.
4. *Темпоритм и глубина эксплорации в психотерапии* — следование в процессе психотерапии за клиентом по маршруту его проблемы в том темпоритме и с той глубиной эксплорации, которая ему доступна в силу биологических, психологических и социальных возможностей. Клиенты с низкой фрустрационной толерантностью нуждаются в том, чтобы исследование их психологических проблем носило бережный характер с медленным следованием по маршруту проблемы.

Начинающий психотерапевт и клиент похожи тем, что и один и другой хотят сделать все сразу и за один момент. Профессиональный психотерапевт, как правило, не испытывает такого желания, и клиент, проходящий психотерапию, начинает понимать, сколько времени и какой объем психотерапевтических воздействий необходим ему, чтобы считать психотерапию эффективной, а результат достигнутым.

5. *Вслушивание и вчувствование*. Это процесс взаимный, и он способствует тому, что и психотерапевт, и клиент имеют возможность раскрывать и опознавать за содержанием проблемы ее структуру. В 1990 г. Карл Витакер, отвечая на вопрос, какие методы психотерапии он считает наиболее эффективными, чуть помедлив, сказал: «Самый

эффективный метод — это слушать. Только слушать». Через десять лет я бы добавил к этим словам еще одно — чувствовать.

6. *Баланс содержания и структуры переживания.* Соблюдение его делает психотерапию эффективной. Например, во время сеанса семейной психотерапии терапевт слушает все, что сообщают члены семьи (содержание), но при этом старается привлечь их внимание к повторяющимся стандартам взаимодействия, паттернам эмоционально-поведенческого реагирования (структура). По мнению Дж. Брауна и Д. Кристенсен (2001), психотерапевт, делающий акцент исключительно на содержании, не способен помочь семье улучшить свое системное функционирование.

7. *Рефрейминг.* Рефрейминг в нашем понимании — это психотерапевтическая процедура, направленная на соединение содержания и структуры переживания с целью обретения клиентами его смысла.

8. *Соответствие языка психотерапевта языку клиента.*

9. *Аутентичность* — способность быть самим собой как в непосредственных реакциях, так и в целостном поведении.

10. *Принимающая нейтральность.* Это качество приобретается психотерапевтом, благодаря умению распознавать свои протипереносы и управлять ими. Нейтральность означает, что все аспекты бытия клиента для психотерапевта одинаково важны, а принимающая позиция свидетельствует о том, что он отнюдь не равнодушен к личности клиента и его ситуации. Психотерапия в данном контексте подразумевает умение психотерапевта выстраивать и контролировать дистанцию общения с пользой для клиента и для самого себя.

11. *Способность к выдвижению психотерапевтических гипотез.* Выдвижение гипотез — неременное условие успешности психотерапии. Каждую гипотезу предстоит подтверждать или отвергать с помощью психотерапевтических интервенций. Действие проверяет истинность психотерапевтической гипотезы.

Идентичность психотерапевта представляет собой последовательность ответов на вопросы: «Какой я психотерапевт?», «В рамках какой парадигмы я действую?», «Что обусловило мой выбор?», «Что позволяет мне считать себя эффективным психотерапевтом?» На самом деле таких вопросов в рамках аутоидентификации значительно больше и отвечать на них психотерапевту приходится всю жизнь.

Психотерапевт старается осознавать то, что и с какой целью он делает во время всей своей работы в каждую единицу времени.



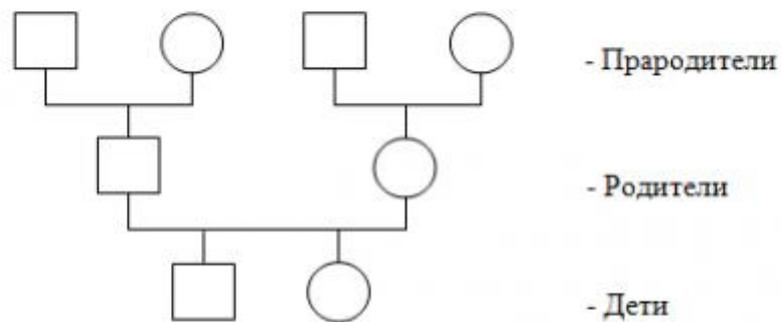
Рис. В.2 Обозначение эмоциональных отношений между членами семьи

Любая значимая информация о членах семьи (семье в целом) зарисовывается и/или записывается на генограмме в месте, выбранном самим специалистом в соответствии с конкретными обстоятельствами. То есть, специалист самостоятельно принимает решение о том, куда заносить сведения о здоровье, симптоме, работе, образовании, социальном статусе, титулах, достижениях и т. д.

- Возраст записывается внутри символа.

 - Мужчина в возрасте 42-х лет.

- Поколения обозначаются вертикально. Старшее поколение записывается сверху, младшее снизу.



- Дети обозначаются слева направо от старшего ребенка к младшему.

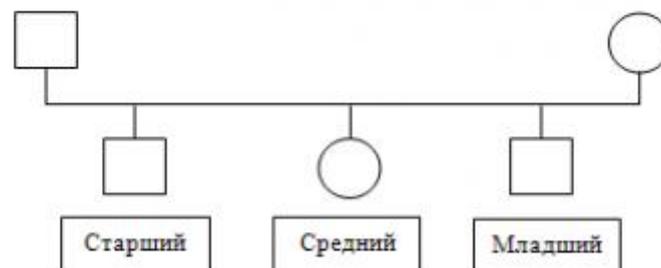


Рис. В.3. Структурные особенности метода «Генограмма»

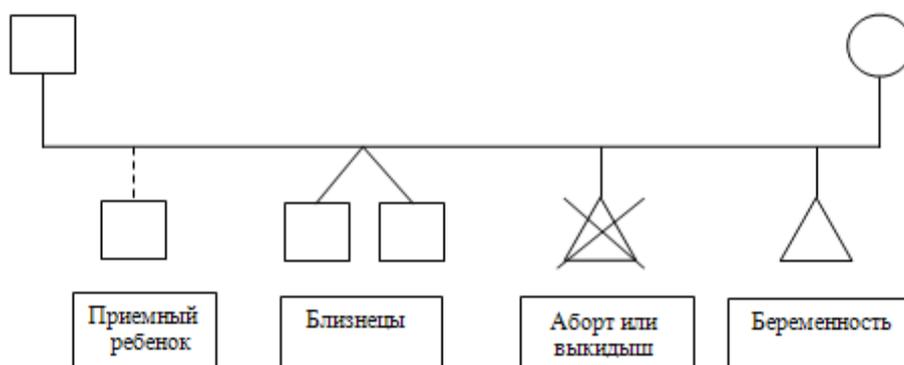


Рис. В.4. Дополнительные характеристики семьи (по детям)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Жизненный цикл семьи

При проведении семейной психотерапии, необходимо учитывать этапы развития семьи, т.е. на какой стадии жизненного цикла находится семья.

Существует много вариантов деления жизненного цикла семьи на стадии, этапы, периоды. Э. К. Васильева (1975), Д. Зильбах (Zilbach J.J., 1989), Е. Дюваль (Duvall E. M. 1957), и др. авторы в качестве основных признаков, определяющих стадию развития семьи используют факт наличия или отсутствия детей, их количество и возраст.

С точки зрения перинатальной семейной психотерапии целесообразнее выделять стадии жизненного цикла семьи, исходя из отношений между супругами того, каким образом они пытаются разрешить возникающие конфликты. Руководствуясь этим, можно выделить шесть стадий развития супружеского холона.

1. Стадия добрачных отношений.
2. Стадия конфронтации.
3. Стадия компромиссов.
4. Стадия зрелого супружеского холона.
5. Стадия кризиса середины жизни (экспериментирования с независимостью).
6. Стадия «ренессанса» супружеских отношений.

Закономерность чередования стадий прослеживается в большинстве семей, однако сроки смены одной стадии другой весьма вариабельны. Это связано как личностными особенностями членов семьи, так и с влиянием факторов внешней среды.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Анамнез – совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых с целью их использования для постановки диагноза, прогноза, лечения, профилактики.

Аутентичность – это способность терапевта отказываться от различных социальных ролей, позволяя проявляться подлинным мыслям, чувствам, поведению.

Вытеснение (подавление, репрессия) – один из видов психологической защиты – процесс, в результате которого неприемлемые для индивида мысли, воспоминания, переживания изгоняются из сознания и переводятся в сферу бессознательного, продолжая влиять на поведение индивида и переживаясь им как тревоги, страхи и пр.

Депрессия – пониженное мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

Диссоциация – состояние личности, при котором два или более психических процесса существуют, не будучи связанными или интегрированными.

Заключение контракта – процесс переговоров между консультантом и консультируемым, нацеленный на достижение договоренности об условиях совместной работы. Контракт может представлять собой формальный документ или неформальное соглашение.

Инфантилизм – патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту.

Идеализация – защитный механизм, посредством которого амбивалентно рассматриваемый объект расщепляется на две части, и один из объектов воспринимается как идеально хороший, а другой – как абсолютно плохой.

Идентичность – чувство непрерывности своего бытия как сущности, отличной от других.

Изоляция – защитный механизм, с помощью которого субъект изолирует некое событие, препятствуя тому, чтобы оно стало частью континуума значимого для него опыта.

Замещение – защитный механизм личности, изменение неприемлемой для сознания тенденции или способа поведения на противоположные.

Защита психологическая – специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта.

Защитные механизмы – особого рода психическая активность, реализуемая в форме специфических приемов переработки информации, которые могут предотвратить потерю самоуважения и избежать разрушения единства образа «Я».

Интерпретации – сообщения пациенту, которые делает аналитик, и в которых он придает психической продукции пациента (сну, симптому, свободным ассоциациям) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее значение пациента.

Клинический метод – целостный, комплексный способ оценки психического статуса обследуемого.

Клиническое интервью – метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

Комплекс – группа взаимосвязанных сознательных и бессознательных идей и чувств, которые оказывают динамическое влияние на поведение.

Конверсия – процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний чувств и т.д. заменяется физическим симптомом.

Конверсия истерическая – соматическое разрешение бессознательного конфликта; процесс в ходе которого развившемуся при патогенных условиях аффекту был закрыт нормальный выход, отчего эти «защемленные» аффекты находят выражение в невротической симптоматике.

Контрперенос (контр-трансфер) – неосознанное перенесение на личность клиента эмоционального отношения психотерапевта к значимым для него людям.

Неврозы – группа психогенных нервно-психических расстройств, возникающих на основе невротического конфликта, под влиянием неудовлетворенности, тяжелых переживаний, перенапряжений и др. психотравмирующих факторов, в т.ч. противоречий между личностью и значимыми для нее моментами действительности.

Непсихотическое (непсихотический уровень) – симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности и поведением в рамках социально принятых норм.

Невротическое расстройство – функциональное болезненное состояние невротического уровня, психогенной этиологии, в основе которого лежит непродуктивно и нерационально разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности.

Норма психического здоровья – модель представления о психическом здоровье, существующая в определенных социо-культурных условиях.

Отрицание – защитный механизм, посредством которого: а) отрицается некоторое болезненное переживание, б) некоторый импульс или часть себя.

Отреагирование – разрядка эмоций и освобождение от аффекта, связанная с вытесненным ранее травматическим переживанием.

Отыгрывание – ситуация, при которой субъект, находящийся во власти своих желаний и бессознательных фантазмов, переживает их в данный момент.

Перенос (трансфер) – спонтанное отношение человека к человеку, характерное бессознательным перенесением на него ранее сформированных во взаимодействии с другими людьми положительных или отрицательных чувств.

Позиция внаходимости – особая профессиональная позиция психолога-консультанта. Находясь в этой позиции, психолог воспринимает внутренний мир клиента не как объект для

рационального анализа и построения гипотез, а как отображаемое и понимаемое содержание. Психолог в позиции венаходимости проявляет внимание к различным аспектам внутреннего мира клиента и к различным психологическим "голосам" этого внутреннего мира.

Проекция – процесс, посредством которого конкретные импульсы, желания, части себя или внутренние объекты локализируются воображением в каком-либо внешнем объекте.

Психологический диагноз–результат идентификации или классификации проблемы клиента и ее вероятной причины.

Психологический феномен – явление психической реальности, представленное в переживании.

Психологическое здоровье – состояние переживания человеком внутренней гармонии, обусловленное осознанием самоидентичности своему Я.

Психическая травма – разнообразные повреждения психики, нарушающие ее нормальное состояние, порождающие психический дискомфорт и выступающие в качестве причины возникновения неврозов и других заболеваний.

Психологическое консультирование– процесс взаимодействия между профессионально компетентным консультантом и клиентом, ориентированный на научение и личностный рост последнего, в ходе которого консультант с помощью адекватных методов и средств стремится способствовать клиенту узнать больше о себе самом, научиться связывать эти знания со своими целями так, чтобы он мог стать более счастливым и более продуктивным членом своего общества.

Психолог-консультант – специалист в области психологического консультирования, который предлагает и соглашается посвятить свое время, внимание и уважение другому человеку или людям, которые временно будут в роли его клиентов

Психосоматические расстройства – нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых связано с нервно-психическими факторами.

Психотерапия – особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиентам (пациентам) оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психологического характера.

Психотическое (психоз) – психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

Расщепление – защитный механизм, посредством которого психическая структура теряет свою целостность, образуя взамен две или более подструктуры.

Рационализация – защитный механизм при помощи которого действия объясняются причинами, которые не только оправдывают их, но и скрывают их истинную мотивацию.

Регрессия – вид психологической защиты, обуславливающий специфическую форму ухода человека от реальности посредством возвращения на предшествовавшие уровни бытия; переход на более примитивный уровень поведения и мышления.

Реактивное образование – вид психологической защиты, изменение неприемлемой для сознания тенденции или способа поведения на противоположные.

Сеттинг–организующие рамки, внутри которых разворачивается процесс консультирования. Различают внешний сеттинг (соглашение о длительности и частоте встреч, оплате, расположении в пространстве) и внутренний сеттинг (установки психолога при проведении терапевтической сессии).

Соппротивление–активное или пассивное противодействие реальным или ожидаемым изменениям, сопровождающее консультацию.

Стадии консультации – этапы, отличающиеся друг от друга целями, задачами и динамикой отношений консультанта и клиента. Они, как правило, слабо структурированы.

Стадия мультимодального определения проблемы – период, в течение которого клиент и консультант идентифицируют проблему или потребность, которая привела к обращению за помощью. Проблема определяется на эмоциональном, когнитивном, поведенческом, социальном и др. уровнях.

Стадия установления консультативного контакта – период, в течение которого два человека устанавливают особые отношения и принимают на себя формальные роли помощника и клиента. Проходит на психологическом, физическом, социальном уровнях.

Страх – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий. (Страх проецируется во вне).

Сублимация – процесс, посредством которого инстинктивные энергии разряжаются в неинстинктивные формы поведения.

Травма – события в жизни, вызывающие особенно сильные переживания и неспособность субъекта к адекватной реакции.

Тревога – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий. (Тревога не проецируется во вне).