

## **Секция 9. Теория и практика семейной психотерапии и консультирования**

### **Осознанное проживание и вербализация чувств в семье и уровень агрессии у детей дошкольного возраста**

*Анохин П.А., Третьякова Е.В., Кондрашенко Е.А.*

*Центр психологической помощи и психологического развития человека «Лаборатория новых психологических технологий»*

*pavel.anokh@gmail.com*

Непрекращающиеся локальные войны в Сирии, Ираке, Ливии, военный конфликт в Украине, особенно затрагивающий всех жителей России, общемировой терроризм и пропагандистская деятельность организации ИГИЛ влияют на общество в целом и на отдельных людей. Растёт агрессивный настрой общества, выражающийся в протесте, несогласии и борьбе: против другой страны, против различных социальных групп (этнические и расовые предрассудки), против руководителей и лидеров государств, против правил, законов и устоев и даже против членов своей семьи. В итоге на первый план выходят «тяжёлые» эмоции, которые ассоциируются с понятием агрессии - злость, ярость, желание навредить другому человеку, стремление оскорбить другого человека, - формируются деструктивные установки и деструктивные модели поведения.

Одной из ключевых проблем, осложняющих сложившуюся ситуацию, является отсутствие в обществе культуры экологичного обращения со своими эмоциями и чувствами, а скорее их отрицание и подавление либо острое проживание (например, в форме истерики) - отсутствие культуры психологической гигиены. Становится всё более очевидным, что традиционные стратегии оказываются неэффективными и скорее приводят к обострению конфликтов, усугублению состояний стресса и депрессии, что активно проявляется в семейной среде [1]. На этом фоне возникают серьёзные опасения за нравственное, эмоциональное и физическое настоящее и будущее детей.

Целью данной работы являлось исследование эффективности стратегии осознанного проживания и вербализации чувств и эмоций у детей дошкольного возраста.

*Гипотеза:* обретение навыка различения, социально-приемлемого, конструктивного проживания своих эмоций и чувств способствует снижению уровня эмоционального возбуждения, напряжения, конфликтности у детей дошкольного возраста.

Диагностика и коррекционная работа проводились на основе показателей такой характеристики, как агрессивность.

В исследовании приняло участие 25 детей дошкольного возраста (4-5 лет) и 6 воспитателей Муниципального дошкольного образовательного учреждения центра развития ребёнка детский сад № 91 «Родничок», Люберецкий муниципальный район Московской области.

Исследование состояло из двух этапов: диагностико- констатирующего этапа и этапа коррекционной работы по результатам диагностики.

Методики первого этапа:

1. проективная методика «Рисунок несуществующего животного»;
2. проективная методика «Кинетический рисунок семьи»;
3. тест Розенцвейга для изучения особенностей поведения ребёнка в конфликтных ситуациях;
4. тест «Сказка» Л. Дюсс;
5. анкетирование воспитателей;
6. структурированное наблюдение.

Результатом первого этапа стало выявление среднего и высокого уровня агрессии у 18 из 25 детей (72%), что говорит о высоком уровне напряжённости и конфликтности группы в целом (учитывался высокий и средний уровень агрессивности, если показатели хотя бы одной из используемых методик были выше нормы).

Результаты анкетирования воспитателей отличаются от результатов структурированного наблюдения и тестов и в целом характеризуются более низкими показателями уровня агрессивности детей. Возможно, здесь играет роль личное отношение каждого воспитателя к ребёнку, а также стремление сгладить своё

восприятие деструктивного поведения и проявлений детей. Это предположение требует более тщательного анализа.

*Задача этапа коррекционной работы:* с помощью ряда развивающих игр снизить уровень агрессивности, научить детей базовым навыкам распознавания, проживания и вербализации своих эмоций и чувств. Для психокоррекционной работы были отобраны следующие методики: игра «Камушек в ботинке», игра «Тух-тиби-дух» (Фопель К.), игра «Два барана» (Кряжева Н. Л.), игра «Прогулка с компасом» (Коротаяева Е. В.), игра «Попроси игрушку» - вербальный и невербальный варианты (Карпова Е. В., Лютова Е. К.), игра «Маленькое привидение» (Игумнов С. А.).

В дополнение к играм были даны специальные инструкции, с целью помочь детям ощущать, распознавать, называть свои эмоции и чувства. Ведущий проговаривал вместе с ребёнком или вместо него: «Похоже, ты сейчас злишься...», «Обидно, когда Маша не хочет играть вместе» и т.п. Задавал вопросы: «Ребята, бывает так у нас в жизни, когда мы чем-то недовольны и даже злимся на кого-то?», «Как ты себя чувствовал, когда Вася отнял у тебя игрушку?» и т.д. После коррекционной работы была проведена повторная диагностика детей, используя те же методики, что и на первом этапе. Общий уровень агрессии, напряжённости и конфликтности в группе снизился на 24,5%. Стоит отметить, что во многом данная тенденция обусловлена получением детей навыка распознавать и проживать свои эмоции и чувства при поддержке всей группы и систематическом подкреплении со стороны психолога-ведущего и воспитателей, участвующих в процессе исследования.

В ходе исследования подтверждено, что систематическая, осуществляемая в разных формах, в том числе в игровой, работа в направлении повышения уровня психологической грамотности в сфере чувств и эмоций у детей ведёт к улучшению их эмоционального фона в целом, коррекции деструктивного поведения и к уменьшению уровня агрессивности (коэффициент корреляции  $r = 0,92$ ). Похожий эксперимент провели зарубежные коллеги, психологи Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе. В ходе работы с людьми, страдающими арахнофобией (страх пауков), было выявлено, что проговаривание эмоций ужаса, паники, тревоги, отвращения способствует уменьшению страха перед пауками [2].

Итогом проделанной работы является доказательство эффективности стратегии осознанного проживания и вербализации чувств и эмоций и снижения уровня агрессивности, эмоционального возбуждения, напряжения, конфликтности у детей дошкольного возраста.

Результаты данного исследования могут найти применение в разработке комплексной программы работы с детьми с высоким и средним уровнем агрессивности и для профилактики девиантного поведения; стать основанием для разработки программы подготовки педагогов, воспитателей, специалистов в работе с эмоционально-чувственной сферой детей. Нельзя недооценить влияние семьи на формирование характера ребёнка, в частности на модели его поведения с другими людьми и с самим собой. Без поддержки ближайшего окружения ребёнка, без ответственной позиции родителей, как помощников в развитии гармоничной личности и индивидуальности, психокоррекционная работа будет малоэффективна.

Общая задача стоит перед родителями и всеми специалистами «помогающих» профессий - позаботиться о будущих поколениях: помочь освоить культуру экологичного обращения с собственными эмоциями и чувствами, помочь в формировании высокого уровня самосознания и нравственности, осознании собственной ответственности за все процессы, происходящие в обществе, и за процессы, способствующие развитию на принципах сотрудничества и гармонии.

#### Список литературы

1. Хей Л. Исцели себя сам. / Хей Л. – М. ОлмаМедиаГрупп, - 2015, – 192 с.
2. К. Kircanski: «Feelings Into Words. Contributions of Language to Exposure Therapy» [Электронный ресурс] / К. Kircanski, M.D. Lieberman, M. G. Craske – LA, University of California, - Psychological Science journal ( XX(X) 1–6), - 2012, – Режим доступа: [http://www.scn.ucla.edu/pdf/Kircanski\(inpress\)PsychSci.pdf](http://www.scn.ucla.edu/pdf/Kircanski(inpress)PsychSci.pdf)

## **Особенности функционирования семейной системы в семьях девушек с алиментарным ожирением**

***Билецкая М.П., Полумеева Д.С.***

*Кафедра психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург)*  
*biletskyv@mail.ru Jillaren@mail.ru*

*Аннотация. В данной статье приведены результаты исследования особенностей функционирования семейной системы в семьях девушек, страдающих алиментарным ожирением. Алиментарное ожирение является расстройством пищевого питания, вызванное переизбытком. В семьях детей и подростков с психосоматическими расстройствами симптом семейной системы чаще всего выполняет морфостатическую функцию. Данная статья освещает особенности функционирования семейной системы в семьях девушек с алиментарным ожирением.*

*Анализ результатов психодиагностического, корреляционного и клинико-биографического методов, позволил выявить специфику семейной дисфункции и выделить мишени психокоррекции девушек-подростков с алиментарным ожирением. На основе этих мишеней была разработана и проведена программа семейной психокоррекции, эффективность которой подтверждают результаты психодиагностического и катamnестического методов.*

*Ключевые слова: алиментарное ожирение, функционирование семейной системы, семейная дисфункция, детско-родительские отношения*

### *Введение*

Взгляд на алиментарное ожирение, как проблему возник не так давно. Только в 1989 году Всемирная Организация Здравоохранения признала алиментарное ожирение не косметическим неблагополучием, а болезнью. В развитых странах эта проблема

коснулась не только взрослых, но и детей, из которых 16% уже имеют ожирение и 31% входят в группу риска [3, 6]. Алиментарное ожирение – расстройство питания, вызванное переизбытком пищи. Для данного контингента характерно прибегать к еде, как средству снижения тревоги, что позволяет рассматривать алиментарное ожирение, как психосоматическое заболевание [1, 4].

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис [9] в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видят нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, где растет и развивается ребенок. Выделяют следующие функции семьи: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, духовного (культурного) общения, функция первичного социального контроля и сексуально-эротическая функция. Семьи, в которой выполнение функций оказываются нарушенными, что препятствует личностному росту, называются дисфункциональными.

Дисфункциональность отношений в семьях определяется патологизирующими стилями семейного воспитания и дисфункциональными паттернами внутрисемейного взаимодействия. Существование семейной дисфункции на протяжении длительного времени формирует симптомы семейной системы, и способствует появлению в семье идентифицированного пациента. Симптомы в семейной системе выполняют морфостатическую и морфогенетическую функции. Морфостатическая функция симптомов в семье – это неосознанная попытка членов семьи с помощью симптомов преодолеть дезинтеграцию, т. е. заклеить «трещину» в семейных отношениях. Блокирование отрицательных эмоций между членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи формируется симптом, позволяющий семье редуцировать напряжение и тем самым сохранять семейный гомеостаз. Морфогенетическая функция симптомов представляет собой обратную связь в семейной системе, вследствие чего происходит усиление колебаний в ней и семейная система переходит на другую стадию в своем развитии [9, 2, 7, 8, 10]. Отмечено, что в семьях детей и подростков с психосоматическими расстройствами симптом семейной системы чаще всего выполняет морфостатическую функцию [5].

С целью изучить особенности функционирования семейной системы в семьях девушек с алиментарным ожирением, нами было проведено исследование, в котором приняло участие 90 человек. В основную группу вошли девушки-подростки в возрасте 15-16 лет, страдающие алиментарным ожирением II степени (15 человек), и их родители (30 человек). Контрольную группу составили условно здоровые девушки-подростки в возрасте 15-16 лет (15 чел.) и их родители (30 чел.). Все исследуемые семьи полные. Состав нуклеарной семьи 3 человека.

Нами были использованы следующие *методы исследования*:

1) Клинико-биографический метод.

2) Психодиагностический метод:

1. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

2. Методика «Родителей оценивают дети» (Фурманов И.А., Аладьин А.А.)

3. Методика изучения родительских установок и реакций (Шефер Е.С., Белл Р.К.; адаптация Т.В. Нещерет)

4. Опросник «Подростки о родителях» (Шафер Е.С.; адаптация Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромицыной)

5. Опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

6. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина).

3) Статистический метод: непараметрический метод сравнения средних Манна-Уитни; корреляционный анализ с применением критерия Спирмена.

#### *Анализ результатов*

Клинико-биографический метод позволил выявить наличие неадаптивных семейных копинг-стратегий, нарушение процессов общения на вербальном и невербальном уровнях и диффузность границ семейных подсистем, в семьях девушек-подростков, страдающих алиментарным ожирением. Наличие семейных традиций, таких как поощрение посредством еды, совместные трапезы, обязательные праздничные

застолья, закрепляют реакцию совладания со стрессом по типу «заедание», что наблюдается у 98,9% исследуемых девушек.

Психодиагностический метод позволил выявить у матерей девушек с алиментарным ожирением, по сравнению с матерями девушек контрольной группы, значимые различия по шкалам: «гиперпротекция» ( $5,6 \pm 2,6$ ;  $2,8 \pm 1,6$ ;  $p < 0,01$ ), «недостаточность требований-запретов» ( $3,6 \pm 1,7$ ;  $2,0 \pm 1,3$ ;  $p < 0,01$ ), «воспитательная неуверенность» ( $3,9 \pm 1,7$ ;  $2,2 \pm 1,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,01$ ), «проекция на подростка собственных нежелательных качеств» ( $4,0 \pm 2,3$ ;  $2,0 \pm 0,8$ ;  $p < 0,01$ ). Такие результаты говорят о тенденции к патологизирующему стилю семейного воспитания «потворствующая гиперпротекция» у матерей больных девушек. А достоверные различия по шкалам «потворствование», «чрезмерность требований-обязанностей», «чрезмерность санкций» и высокие средние значения по шкалам «игнорирование потребностей ребенка», «недостаточность требований-обязанностей ребенка» и «минимальность санкций» подтверждают неустойчивость стиля воспитания, что видно по высоким показателям шкал «воспитательная неуверенность» и «неустойчивость стиля семейного воспитания».

У отцов девушек, страдающих ожирением, по сравнению с отцами девушек контрольной группы, более выраженными являются такие показатели, как: «потворствование» ( $4,7 \pm 3,3$ ;  $2,6 \pm 1,4$ ;  $p < 0,05$ ), «чрезмерность требований» ( $2,8 \pm 1,6$ ;  $2,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ) «чрезмерность санкций» ( $3,2 \pm 1,8$ ;  $1,8 \pm 1,5$ ;  $p < 0,05$ ), «фобия утраты ребёнка» ( $3,3 \pm 1,7$ ;  $2,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ), «предпочтение в подростке детских качеств» ( $3,0 \pm 1,5$ ;  $1,1 \pm 1,4$ ;  $p < 0,05$ ). Такие патологизирующие характеристики свидетельствуют о наличии в воспитательной практике отцов гиперпротекции с сочетанием черт доминирования и потворствования. Также выявляется воспитательная неуверенность и неустойчивый стиль семейного воспитания, что подтверждается высокими показателями по данным шкалам. Как у матерей, так и у отцов средние значения по шкалам «фобия утраты» и «предпочтение детских качеств» выше, чем у родителей условно здоровых девушек, это позволяет предположить, что посредством таких патологизирующих характеристик родители инфантилизируют девушек, что способствует закреплению психосоматического компонента данного заболевания.



Девушки, страдающие алиментарным ожирением, отмечают в стиле родительского воспитания такие дисфункциональные характеристики, как «гиперпротекция» ( $3,7 \pm 2,9$ ;  $2,5 \pm 0,9$ ;  $p < 0,05$ ); «потворствование» ( $4,9 \pm 2,0$ ;  $2,9 \pm 1,6$ ;  $p < 0,01$ ), «недостаточность запретов» ( $3,8 \pm 2,1$ ;  $2,7 \pm 0,8$ ;  $p < 0,01$ ), «минимальность санкций» ( $4,3 \pm 2,0$ ;  $2,9 \pm 1,3$ ;  $p < 0,01$ ), «воспитательная неуверенность» ( $3,5 \pm 2,2$ ;  $1,2 \pm 1,1$ ;  $p < 0,05$ ). Такие результаты свидетельствуют о субъективном восприятии девушек воспитательной практике родителей как «потворствующая гиперпротекция». Девушки так же отмечают наличие «фобии утраты», а колебание недостаточности требования к ребёнку и чрезмерность требований подтверждают наличие воспитательной неуверенности родителей.

Изучение родительских установок у матерей девушек, страдающих ожирением, позволило выявить такие патологизирующие характеристики как: «зависимость от семьи» ( $11,8 \pm 2,0$ ;  $6,8 \pm 2,8$ ;  $p < 0,001$ ), «ощущение самопожертвования» ( $11,8 \pm 1,9$ ;  $7,6 \pm 2,1$ ;  $p < 0,001$ ), «семейные конфликты», ( $12,4 \pm 3,0$ ;  $7,0 \pm 1,1$ ;  $p < 0,001$ ), «опасение обидеть» ( $10,8 \pm 2,7$ ;  $6,8 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ), «подавление сексуальности» ( $11,2 \pm 1,7$ ;  $6,8 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ), «чрезвычайное вмешательство в мир ребёнка» ( $11,8 \pm 1,8$ ;  $6,5 \pm 1,8$ ;  $p < 0,001$ ). Таким образом, такие установки как: подавление сексуальности, чрезмерное вмешательство в мир ребёнка, а так же излишняя концентрация на ребёнке у матерей, могут проявляться в опасении обидеть и чрезмерном стремлении создания безопасности, что также способствует закреплению инфантильных черт личности больных девушек.

Для отцов больных девушек характерны высокие показатели по шкалам «зависимость от семьи» ( $11,8 \pm 1,2$ ;  $6,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,001$ ), «развитие активности ребёнка» ( $11,8 \pm 3,4$ ;  $6,2 \pm 2,0$ ;  $p < 0,001$ ), «уклонение от контакта» ( $12,2 \pm 2,3$ ;  $6,6 \pm 1,5$ ;  $p < 0,001$ ), «опасение обидеть» ( $12,2 \pm 3,2$ ;  $5,8 \pm 1,4$ ;  $p < 0,001$ ), «чрезвычайное вмешательство в мир ребёнка» ( $11,4 \pm 2,1$ ;  $7,2 \pm 1,0$ ;  $p < 0,001$ ). Таким образом, наличие дисфункциональной характеристики «уклонение от контакта» говорит об эмоциональной дистанции с ребёнком. А наличие таких родительских установок, как: чрезмерное вмешательство в мир ребёнка, создание безопасности, опасение обидеть, обуславливает внутреннюю конфликтность, что подтверждает воспитательную неуверенность. Это свидетельствует

о патологизирующем характере воспитания и отцовско-детского взаимодействия в целом.

Анализ особенностей родительского отношения с точки зрения подростков позволил выявить, что девушки, страдающие алиментарным ожирением, в отличие от условно здоровых девушек, считают, что их матерям свойственен позитивный интерес ( $3,0 \pm 1,1$ ;  $2,4 \pm 1,0$ ;  $p < 0,05$ ). Так же отмечаются высокие показатели по шкале «непоследовательность» на уровне средних значений, что подтверждает данные, полученные при оценке субъективного представления о типе семейного воспитания матерей. Наряду с этим, девочки отмечают фактор потворствования, который отражается в стиле семейного воспитания и характеризуется наличием высоких показателей по шкалам гиперпротекция и потворствование.

Девушки, страдающие ожирением, характеризуя отцовское отношение, отмечают высокие показатели по шкале «фактор критики» ( $3,5 \pm 0,8$ ;  $2,0 \pm 0,6$ ;  $p < 0,001$ ). Это создаёт зону напряжения во взаимодействии между девушками-подростками и их отцами, что может отражаться на уровне семейной напряжённости и является одной из причин нарушения функционирования семейной системы.

Анализ уровня семейной тревоги позволил выявить высокий уровень «общей семейной тревоги» ( $10,9 \pm 2,6$ ;  $6,7 \pm 3,4$ ;  $p < 0,05$ ) и «семейной тревожности» ( $4,1 \pm 1,3$ ;  $2,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ) у матерей девушек, страдающих ожирением. Показатели по шкалам «семейная напряженность» и «семейная вина» выше, чем у матерей контрольной группы, на уровне средних значений. Таким образом, матери девушек, страдающих ожирением, испытывают на системном семейном уровне тревожные переживания в большей степени, чем матери условно здоровых девушек.

У отцов больных девушек, выявлен высокий уровень «семейной тревожности» ( $13,8 \pm 3,7$ ;  $6,3 \pm 2,2$ ;  $p < 0,001$ ), «семейной напряжённости» ( $5,3 \pm 1,4$ ;  $2,4 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ) и «общей семейной тревоги» ( $6,3 \pm 2,2$ ;  $13,8 \pm 3,7$ ;  $p < 0,001$ ).

Таким образом, отцы девушек страдающих ожирением оценивают ситуацию в семье, как не зависящую от их усилий, а выполнение семейных обязанностей является непосильной задачей. Попытки взять всё под свой контроль могут проявляться в таких

дисфункциональных характеристиках, как чрезмерность санкций и запретов, а так же способствовать излишнему вмешательству в жизнь ребёнка.

У девушек, страдающих ожирением, в отличие от условно здоровых девушек, отмечаются более высокие показатели по шкалам «семейная тревожность» ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ) и «общая семейная тревога» ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ), а также результаты по шкале «семейная вина» у больных девушек выше на уровне средних значений. Можно предположить, что это связано с тем, что девушки с ожирением прибегают к еде, чтобы снизить свою тревогу, что является проявлением эмоциогенного пищевого поведения и подтверждается данными клинико-биографического анализа.

Анализ тревоги на индивидуально-личностном уровне позволил выявить, высокий уровень личностной тревожности ( $21,7 \pm 1,6$ ;  $14,8 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ) у отцов девушек, страдающих алиментарным ожирением. У матерей ( $26,4 \pm 2,2$ ;  $17,6 \pm 1,3$ ) и девушек-подростков ( $20,4 \pm 2,3$ ;  $23,5 \pm 1,2$ ) показатели выше, чем у матерей и девушек контрольной группы, на уровне средних значений.

Таким образом, у всех членов семей девушек, страдающих ожирением, в отличие от семей с условно здоровыми девушками, отмечается высокий уровень, как личностной тревожности, так и структурных компонентов семейной тревоги, что закрепляет психосоматический компонент заболевания.

Корреляционный анализ позволил выявить характеристики материнско-детского взаимодействия. «Семейная тревожность» у девушек с ожирением имеет сильную положительную взаимосвязь с «семейной тревожностью» ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ), «гиперпротекцией» ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,01$ ), «чрезмерностью требований» ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ), и обратную взаимосвязь с «семейной виной» ( $r = -0,62$ ;  $p < 0,05$ ) и «опасением обидеть» ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ) у их матерей. Таким образом, ощущение девушками-подростками семейной тревожности взаимосвязано с семейной тревожностью их матерей и с их дисфункциональными характеристиками воспитания, такими как: гиперпротекция, чрезмерная требовательность, вина, неустойчивость стиля воспитания и игнорирование потребностей ребёнка.

«Гиперпротекция» матерей, имеет положительную взаимосвязь с семейной тревожностью ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,05$ ) и с субъективными представлениями о таких

характеристиках материнского воспитания как потворствование ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), предпочтение в подростке детских качеств ( $r=0,58$ ;  $p<0,05$ ) и недостаточность требований ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ) девушек-подростков. Таким образом, гиперпротекция матерей взаимосвязана с тревогой у девушек-подростков и с субъективными представлениями у девушек о дисфункциональных характеристиках воспитания их матерей.

Так же было выявлено, что ощущение отцами семейного напряжения, имеет сильные положительные взаимосвязи с чрезмерностью требований ( $r=0,66$ ;  $p<0,05$ ), чрезмерностью санкций ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) и фобией утраты ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ) у отцов, по мнению девушек, страдающих ожирением. Таким образом, ощущение семейной напряжённости у отца взаимосвязано с представлением о дисфункциональных характеристиках воспитания отца у девушек.

Корреляционный анализ так же позволил выявить взаимосвязь между характеристиками детско-родительских отношений в семьях условно здоровых девушек. Личностная тревога девушек имеет сильные положительные взаимосвязи со шкалами «потворствование» ( $r=0,68$ ;  $p<0,05$ ) и «игнорирование потребностей» ( $r=0,65$ ;  $p<0,05$ ), сильные взаимосвязи со шкалами «чрезмерность запретов» ( $r=0,61$ ;  $p<0,05$ ), «вынесение конфликта» ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ) и «гиперпротекция» ( $r=0,61$ ;  $p<0,05$ ), а также обратные взаимосвязи со шкалами «семейная вина» ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ), «семейная тревожность» ( $r=0,62$ ;  $p<0,05$ ) и «общая семейная тревога» ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) у матерей. Таким образом, ощущение тревоги у девушек взаимосвязано с дисфункциональными характеристиками воспитания и структурных компонентов общей семейной тревоги матерей.

«Чрезмерность запретов» с точки зрения условно здоровых девушек имеет сильную положительную взаимосвязь с «неразвитостью родительских чувств» ( $r=0,66$ ;  $p<0,05$ ) и положительные взаимосвязи со шкалами «семейная вина» ( $r=0,60$ ;  $p<0,01$ ) и «общая семейная тревога» ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) у отцов.

Таким образом, можно говорить о том, что в семьях условно здоровых девушек, существуют свои дисфункциональные особенности внутрисемейного взаимодействия, отличающиеся от особенностей семей девушек страдающих алиментарным ожирением.

С целью разработать и провести программу психокоррекции для девушек с алиментарным ожирением, были выделены следующие *мишени семейной психокоррекции*:

1. Высокий уровень общей семейной тревоги.
2. Патологизирующий тип семейного воспитания (гиперпротекция и неустойчивый тип семейного воспитания).
3. Неадаптивные семейные копинг-стратегии.

Нами были использованы *методы и техники*: метод системной семейной психотерапии; метод арт-терапии; метод медитативных техник;

Структура программы семейной психокоррекции создана согласно модели «ромбовидной» векторной семейной психотерапии М.П. Билецкой [5] и состоит из 3-х этапов.

*Структура программы психокоррекции:*

I. Организационный этап. Работа с семьёй, как системой.

*Цель:* Первичная психодиагностика, семейная консультация.

*Задачи:* присоединение, сбор семейного анамнеза; провести первичную семейную психодиагностику; обозначить мишени семейной психокоррекции и обсудить их; выработать мотивацию для дальнейшей работы.

II. Основной этап.

1 блок: Групповая работа с подростками.

*Цель:* Психокоррекция эмоционально-поведенческих паттернов у девушек с алиментарным ожирением.

*Задачи:* снизить уровень тревожности и эмоционального напряжения; выработать адаптивные способы совладающего поведения.

2 блок: Психокоррекция в родительской подсистеме.

*Цель:* Повышение родительской компетентности и психокоррекция стиля воспитания.

*Задачи:* снизить уровень семейной тревоги у родителей; повысить родительскую компетентность; провести коррекцию стиля воспитания.

3 блок: Семейная психокоррекция.

Цель: Реконструкция семейных отношений.

Задачи: снизить уровень тревожности и напряжённости в семье; выработать тенденцию к формированию гармоничного стиля семейного воспитания; психокоррекция детско-родительских отношений; выработать адаптивные семейные копинг-стратегии.

III. Заключительный. Работа с семьёй, как системой.

*Цель:* подведение итогов и отсоединение.

В ходе проведения программы психокоррекции Д.С. Полумеевой были апробированы авторские упражнения («Послушай своё тело», «Проблемная ситуация»), эффективность которых была подтверждена катамнестическим методом. В качестве примера рассмотрим упражнение «Послушай своё тело», которое применяется на четвёртой сессии основного этапа программы (первый блок, групповая работа с подростками) и рассчитано на 30-40 минут.

Цель: релаксация, направленная на повышение самоощущения. Данное упражнение направлено на снижение ситуативной тревожности и коррекцию копинг-стратегии по типу «заедание», посредством релаксации и визуализации.

Описание упражнения: участникам предлагается устроиться поудобнее и спокойным голосом даётся инструкция.

Вступление: Бывали ли у вас моменты, когда вы ели не потому, что хотелось есть, а, например, для получения удовольствия или от скуки?

А как вы обычно понимаете голодны вы или нет?

У меня есть такой вариант: Чтобы понять, голоден ты или нет, надо научиться слушать своё тело. Давайте потренируемся!

Сядьте поудобнее. Попробуйте принять положение, в котором вы могли бы расслабиться. Закройте глаза. Представьте, в каком положении находится сейчас ваше тело. Где находятся ваши руки, как расположены ноги, удобно ли вашему телу в таком положении. Вот уже начинают расслабляться пальцы ног. Один за другим. Начиная с большого, заканчивая мизинцем. Расслабляются ваши голени, икры, бёдра. Это ощущение поднимается снизу вверх по вашему телу. Оно приближается к животу и растекается по спине и груди. Представьте это ощущение, какого оно цвета. Холодное

оно или тёплое. Это ощущение растекается по вашим рукам до кончиков пальцев и поднимается вверх до самой макушки. Вы полностью расслаблены. Прислушайтесь к своему телу. Вы можете почувствовать, как пульсирует ваша кровь. Услышать, как бьётся сердце. Представьте, что сейчас вы сидите в ресторане. Перед вами как по волшебству оказывается ваше любимое блюдо. Какое оно на вид, какой формы и цвета. Попробуйте, какое оно на вкус. Что сейчас происходит с вашим телом. Какие ощущения во рту, что чувствует ваш язык, что происходит в живое. Чувствуете ли вы голод или сытость. Какое это чувство. Где оно располагается в вашем теле. Запомните это ощущение. А сейчас пришло время возвращаться. Не торопитесь. Можете открыть глаза, когда будете готовы.

Кто готов поделиться тем, что он чувствовал? Отличаются ли ощущения до проведения упражнения и сейчас. Когда мы расслаблены, нам легче почувствовать всё тело. Бывают случаи, когда мы едим, потому что нам грустно или тревожно. Это называется эмоциогенным пищевым поведением, так как желание есть провоцируется не организмом, а эмоциями. Можно вспомнить любой американский фильм, в котором героиня, когда её бросает парень, грустит и ест мороженое. Я предлагаю вам попробовать сделать это упражнение ещё раз дома, самостоятельно, когда вам захочется перекусить и поделиться своим опытом с группой в следующий раз.

Для определения *эффективности психокоррекционной программы* были использованы следующие *методы*:

1) Психодиагностический метод:

1. опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)
2. опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3; Олсон Д. Х., Портнер Дж, Лави И., адаптация М. Перре)
3. опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

2) Статистический метод: непараметрический метод сравнения средних Манна-Уитни

3) Катамнестический метод.

Психодиагностический метод позволил выявить снижение уровня общей семейной тревоги и уровня семейной тревожности у всех членов семьи, через 1 месяц и через 3 месяца после проведения коррекционной программы. У матерей наблюдается снижение уровня общей семейной тревоги ( $9,9\pm 2,6$ ;  $7,3\pm 2,2$ ;  $4,7\pm 1,6$ ;  $p<0,05$ ), уровня семейной тревожности ( $5\pm 1,3$ ;  $3,5\pm 1,1$ ;  $2,1\pm 0,8$ ;  $p<0,01$ ). У отцов отмечается снижение уровня общей семейной тревоги ( $7,75\pm 2,3$ ;  $5,5\pm 1,7$ ;  $4,8\pm 1,2$ ;  $p<0,05$ ) и уровня семейной тревожности ( $3,5\pm 1,4$ ;  $2,5\pm 1,08$ ;  $2,25\pm 0,9$ ;  $p<0,001$ ). У девушек-подростков - снижение уровня общей семейной тревоги ( $8,5\pm 2,1$ ;  $6,2\pm 1,9$ ;  $4,9\pm 2,1$ ;  $p<0,05$ ) и уровня семейной тревожности ( $3,8\pm 1,19$ ;  $2,8\pm 1,1$ ;  $2,5\pm 1,6$ ;  $p<0,01$ ).

Так же отмечается повышение семейной сплочённости и семейной адаптации, что может говорить о сбалансированности семейной системы и адаптивности копинга в целом после проведения психокоррекционной программы. У матерей наблюдаются высокие показатели по шкале семейной адаптации ( $18,25\pm 2,06$ ;  $29,1\pm 2,8$ ;  $29,1\pm 2,5$ ;  $p<0,005$ ). У отцов наблюдаются улучшения показателей по шкалам семейная сплочённость ( $19,4\pm 2,8$ ;  $22,4\pm 2,9$ ;  $30,6\pm 2,6$   $p<0,005$ ) семейной адаптации ( $14,25\pm 2,7$ ;  $21,8\pm 3,6$ ;  $24,5\pm 3,8$ ;  $p<0,005$ ). У девушек-подростков показатели по шкалам семейной сплочённости ( $19,5\pm 2,6$ ;  $21,5\pm 1,04$ ;  $31,7\pm 2,4$ ;  $p<0,005$ ) и семейной адаптации ( $14,8\pm 2,6$ ;  $23,6\pm 2,8$ ;  $25,6\pm 2,3$ ;  $p<0,001$ ) через 3 месяца выше, чем через месяц после проведения программы и выше, чем до начала психокоррекционной программы. Также были проработаны дисфункциональные характеристики семейного воспитания как у матерей, так и у отцов: значительно снизился уровень протекции, потворствования, расширения сферы родительских чувств, предпочтение детских качеств и фобия утраты. Стиль семейного воспитания стал приближаться к гармоничному. Снизились показатели по шкале «неразвитость родительских чувств», что говорит о повышении родительской компетентности.

Катамнестический метод показал, что через 3 месяца 58,3% девушек отметили улучшение физического состояния и снижение веса. Так же 75% девушек утверждают, что используют техники, полученные в процессе проведения программы. В 83,3%, все члены семьи отмечают положительные улучшения, которые характеризуют, как улучшение «взаимопонимания».



### *Заключение*

Анализ функционирования семейной системы в семьях девушек, страдающих алиментарным ожирением, позволил выявить наличие семейной дисфункции и её специфические особенности.

Клинико-биографический метод позволил выявить наличие неадаптивных семейных копинг-стратегий, нарушение процессов общения на вербальном и невербальном уровнях и диффузность границ семейных подсистем, в семьях девушек-подростков, страдающих алиментарным ожирением.

Психодиагностический метод выявил дисфункциональный тип семейного воспитания по типу «потворствующая гиперпротекция» у матерей и неустойчивый, колеблющийся между потворствующей и доминирующей гиперпротекцией, стиль семейного воспитания у отцов больных девушек, которые подтверждаются отношением больных девушек к воспитательной практике родителей.

У матерей больных девушек выявлены такие установки, как чрезмерное вмешательство в мир ребёнка, а так же излишняя концентрация на ребёнке, что проявляется в опасении обидеть и чрезмерном стремлении создания безопасности. Патологизирующие родительские установки отцов подтверждают воспитательную неуверенность.

Девушки, страдающие ожирением, отмечают высокие показатели по шкале «фактор критики» у отцов, это создаёт зону напряжения во взаимодействии между девушками и их отцами, что может отражаться на уровне семейной напряжённости.

У всех членов семьи девушек, страдающих алиментарным ожирением, отмечается высокий уровень, как личностной тревожности, так и структурных компонентов тревоги.

Корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь между характеристиками детско-родительских отношений в семьях девушек, страдающих алиментарным ожирением. Полученные данные позволяют предположить, что девушки, страдающие алиментарным ожирением, используют эмоциогенное пищевое поведение, чтобы снизить высокий уровень тревоги, а алиментарное ожирение выступает в качестве симптома семейной системы.

На основании анализа проведённого исследования были выделены мишени семейной психокоррекции, разработана и проведена психокоррекционная программа, которая позволяет снизить уровень тревоги в семье, проработать дисфункциональные паттерны детско-родительских отношений и способствует снижению «заедания», как способа совладания с психотравмирующими ситуациями.

#### Список литературы

1. Алмазов В.А. Ожирение. — М., 1999.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. — М., 2002.
3. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. — М.: БИНОМ, 2006.
4. Билецкая М.П., Полумеева Д.С. Тревога в семьях девушек-подростков с алиментарным ожирением // Психология и педагогика в XXI веке. Очерки научного развития — М., 2014, — С. 52.
5. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ) – Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 192 с.
6. Бутрова, С.А. Ожирение. Современная тактика ведения больных // Лечащий врач. – 2000. – №5. – С. 30-33.
7. Зубцова Т.Н., Князев Ю.А. Психологический портрет детей с ожирением и его значимость в процессе реабилитации // Проблемы эндокринологии. — 1992. – №4. – С. 57.
8. Лейкок Д.Ф., Вайс П.Г. Основы эндокринологии. — М., 2000.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008 — 672 с.
10. Doherty W., Harkaway J. Obesity and Family Systems; A Family FIRO Approach To Assessment and Treatment Planing // Journal of Marital and Family Therapy. — 1990. — P. 287–298.

## **Семейная психотерапия и психокоррекция подростков с психосоматическими расстройствами**

***Билецкая М.П., Шемет В.Е.***

*Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский  
Университет, г. Санкт-Петербург, Россия*

*Ключевые слова: психосоматические расстройства, патологизирующее семейное воспитание, семейная тревога и копинг, семейная психотерапия и психокоррекция.*

### *Введение*

В настоящее время заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и бронхиальная астма (БА) являются наиболее часто встречающейся патологией у детей и подростков, для которой характерна социально-биологическая, психосоматическая обусловленность [1, 2, 4, 7]. К психосоматическим расстройствам желудочно-кишечного тракта, как правило, относят дискинезию пищеварительного тракта (дискинезия желчевыводящих путей и кишечника) и гастродуоденит (психосоматический вариант), которые рассматриваются с позиции биопсихосоциального подхода и приводят к эмоциональной неустойчивости, вызывают нарушение поведения в семье, а также снижают возможности социальной адаптации. Хроническое течение этих заболеваний, частые обострения, выраженный болевой синдром, необходимость соблюдать жесткую диету усугубляют психологическое состояние ребенка, который находится в постоянном напряжении. Психоэмоциональное напряжение усиливает спазм кишечника, желчевыводящих путей, дисрегуляцию системы их сфинктеров, а также усиливает секрецию желудочного сока, который при снижении факторов защиты травмирует слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки [2, 3]. Бронхиальная астма является классическим примером полиэтиологического заболевания, в патогенезе которого взаимодействуют разнообразные компоненты: психосоматические, инфекционные и аллергические [5, 6, 7]. Основой бронхиальной астмы является повышенная

чувствительность дыхательных путей к самым разнообразным воздействиям, в результате которой после какого-либо разрешающего стимула происходит спазм бронхов. Одним из наиболее частых стимулов такого рода является также хроническое психоэмоциональное напряжение, обуславливающее включение психосоматического компонента реагирования на стрессорные воздействия при данном заболевании.

Для детей и подростков многие жизненные обстоятельства (нахождение в длительных психотравмирующих ситуациях, дисфункциональные взаимоотношения в семье, семейные кризисы, межличностные конфликты) могут сыграть роль условий, благоприятствующих развитию психосоматических заболеваний в том случае, если биологическая сопротивляемость организма и социально-психологическая защита личности окажутся несостоятельными [2, 4, 7].

В настоящее время изучение психологических особенностей больных детей и подростков с позиции системного семейного подхода остается по-прежнему актуальным, так как остаются недостаточно изученными особенности детско-родительских взаимоотношений и семейного копинга в семьях с подростками, страдающими психосоматическими расстройствами. Копинг-стиль, используемый в семье, как правило, является моделью развития копинг-навыков ребенка [8, 12]. При обострении заболевания ребенка семья может усилить стрессорное воздействие или, наоборот, ослабить его [3, 7, 9]. Поиск семейных ресурсов создает возможность для использования саногенного эффекта семьи, в основе которого лежит формирование комплексов стратегий совладания, предотвращающих дезорганизацию психической деятельности и поведения, что необходимо для сопротивления ребенка развитию болезни [2, 7, 9].

Необходимость включения семейной психотерапии в комплексное лечение подростков с психосоматическими расстройствами обусловлено тем, что дисфункциональные семьи в ряде случаев могут способствовать манифестации, а также усугублять течение данной патологии [2, 3, 5, 6, 10].

**Цель:** изучение психологических особенностей семей подростков с психосоматическими расстройствами и апробация авторских программ семейной психотерапии и психокоррекции.

Всего было исследовано 340 семей. Основную группу составили 90 семей подростков с психосоматическими расстройствами ЖКТ (по 30 семей подростков с дискинезией желчевыводящих путей, с гастродуоденитами, с неврогенной формой дискинезии кишечника) и 80 семей подростков с атопической формой БА среднетяжёлой степени тяжести. Сходные результаты, полученные при исследовании семей детей с гастроэнтерологической патологией, позволили рассматривать их как семьи детей с психосоматическими расстройствами ЖКТ. Контрольная группа – 170 семей условно здоровых подростков. Возраст подростков – 15-16 лет, все исследуемые семьи полные.

**Методы исследования:** клинико-биографический метод; психодиагностический метод: опросники «Анализ семейных взаимоотношений», «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса; методика «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова, А.А. Аладьина; «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера, адаптированный в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева; «Шкала семейной адаптации и сплочённости» Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированная М. Перре; методы математической статистики.

На основе анализа полученных результатов были выделены следующие **мишени психотерапии (психокоррекции)**: патологизирующий тип семейного воспитания, высокий уровень общей семейной тревоги в семьях подростков с психосоматическими расстройствами, малоадаптивные копинг-стратегии больных подростков и их родителей, неадаптивность семейного копинга в целом, нарушение структуры компонентного состава семейной сплоченности и семейной адаптации: баланс между всеми компонентами (эмоциональная связь, семейные границы, принятие решений, совместное время, общие друзья интерес и отдых, лидерство, контроль, дисциплина, семейные роли и правила) [2, 3, 5, 6]. На основании клинико-биографического метода выявлены особенности семейных коммуникаций, определяющие семейную дисфункцию: разводы в ряду поколений, гипернормативность членов семьи, невысказанность эмоций. Границы между подсистемами в данных семьях не дифференцированы, плохо структурированы. Боль в животе или астматический приступ у подростков – симптом, выполняющий морфостатическую функцию. При этом «идентифицированный пациент»

(подросток) сохраняет гомеостаз семейной системы [2, 5]. Полученные данные свидетельствуют о семейной дисфункции, вследствие чего данные семьи не могут реализовать саногенную роль в период обострения заболевания у подростков и нуждаются в оказании им психотерапевтической (психокоррекционной) помощи.

Результаты данного исследования позволили М.П. Билецкой разработать модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии и включить ее в комплексное лечение детей с психосоматическими расстройствами. В ходе системной семейной психотерапии психосоматических расстройств основным направлением является психотерапия детско-родительских отношений [2, 3, 9, 10].

Данная модель семейной психотерапии основана на принципах системной семейной психотерапии, теории адаптивного копинг-поведения [2, 3, 9, 10, 13] и предназначена для специалистов, чья работа непосредственно связана с лечением детей и подростков с психосоматическими расстройствами, а также членов их семей. «Ромбовидная» векторная семейная психотерапия может быть реализована в рамках амбулаторного лечения и на базе консультационно-диагностических центров или реабилитационных отделений.

Выбор модели семейной психотерапии при работе с детьми и подростками, страдающими бронхиальной астмой или психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта, был обусловлен следующими **факторами**:

- необходимостью работы с семьей пациента с целью снижения семейной тревоги и нормализации детско-родительских взаимоотношений;
- необходимостью объяснения «психосоматическим» семьям, что проблемы имеются не только у больного ребенка, но и у семьи, как системы в целом;
- необходимостью эмоционального отреагирования боли, своего отношения к болезни, тревоги и страхов больного ребенка, как члена семьи, так и индивидуально, как личности.

**Целью реализации модели** является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент обострения психосоматического расстройства, выявление и использование саногенного эффекта семьи для

выздоровления или длительной ремиссии заболевания ребенка.

**Задачи:** принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы; повышение ответственности за свое поведение и здоровье у каждого члена семьи; повышение родительской компетентности; поиск и активизация семейных ресурсов, развитие на их основе адаптивных стратегий совладания; ориентация не на причины заболевания, а на его лечение.

Модель строится, исходя из следующих **принципов:**

- психосоматическое расстройство у ребенка – проблема не «идентифицированного» пациента, а всей семьи;
- ориентация на совладание с болезнью, а не на «культ болезни», существующий в семье;
- преодоление алекситимических барьеров – задача всей семьи;
- четкая дифференцированность внутрисемейной структуры, правильное функционирование подсистем в семье – основа адаптивного совладающего поведения и саногенной роли семьи в лечении заболевания;
- семья воспринимается способной нести ответственность за поведение своих членов и решение своих проблем.

Задача состоит не в решении всех проблем в семье, а в создании адаптивного внутрисемейного функционирования в период обострения заболевания. При желании семьи продолжить дальнейшую психотерапию заключается новый психотерапевтический контракт, выходящий за рамки модели «ромбовидной» векторной семейной психотерапии.

Модель рассчитана на 46 часов, состоит из четырех этапов и реализуется в течение пяти месяцев, включая поддерживающий этап. Частота встреч определяется задачами этапа.

**Принципы и техники психотерапии,** интегрированные в модель: семейная системная психотерапия, аналитико-системная семейная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, свободный проективный рассказ, семейная дискуссия, психогимнастические упражнения.

В ходе проведения семейной психотерапии психотерапевт изменяет

равновесие в семейной системе, подготавливая ее к изменениям, что вначале может приводить к усилению симптома, поэтому необходимо провести ряд сессий с детской и родительской подсистемами отдельно. Это помогает снизить семейную тревогу, возросшую в начале перестройки семейных ролей, а также снизить тревогу и напряженность ребенка, который при этом может эмоционально отреагировать свои проблемы [2, 3].

Данная модель семейной психотерапии называется «ромбовидной» векторной, так как предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб:

На первом этапе проводится работа с семьей, как с системой: активное вовлечение семьи в работу (присоединение, «семейный диагноз» [9]), заключение психотерапевтического контракта, осознание членами семьи внутрисемейной напряженности и закрепление мотивации на дальнейшую психотерапевтическую работу.

На втором этапе психотерапевтическая работа проводится по направлениям-векторам – с родительской и детской подсистемами отдельно. Данное выделение векторов обусловлено особенностью «психосоматических» семей образовывать «недифференцированную эго-систему» [11]. Было отмечено, что семьи с ребенком, страдающим психосоматическим расстройством, находятся в тесной взаимозависимости, отношения носят конфликтно-симбиотический характер, границы между подсистемами мало дифференцированы. С целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ каждой подсистемы было принято решение о проведении ряда психотерапевтических сессий по векторам детской и родительской подсистем [2, 3].

На третьем и четвертом этапах психотерапия проводится с семьей, как системой в целом. Содержание третьего этапа – реконструкция семейных отношений и выработка адаптивного совладающего поведения в период обострения заболевания. Четвертый этап необходим как поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи.

### **Этап I. Подготовительный**



Рассчитан на 3 семейные сессии с периодичностью один раз в неделю по 2 часа.

**Цель:** активное вовлечение семьи в работу по программе комплексного лечения ребенка с психосоматическими расстройствами при бронхиальной астме или заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

**Задачи:**

1. Присоединение психотерапевта к семейной системе.
2. Семейная диагностика.
3. Выработка мотивации у членов семьи на участие в семейной психотерапии.

**Методы:** семейная системная психотерапия.

**Этап II. Работа по векторам с родительской и детской подсистемами**

Второй этап рассчитан на 28 часов, работа ведется параллельно, по двум векторам: 16 часов (8 сессий по 2 часа) в родительской подсистеме и 12 часов (8 сессий по 1,5 часа) в детской подсистеме. Регулярность встреч – два раза в неделю.

**Цель:** снижение напряженности внутрисемейных связей, снижение личностной тревожности у членов семьи.

**Задачи:**

1. Повышение информированности о проблеме психосоматических расстройств при бронхиальной астме или при заболеваниях ЖКТ.
2. Знакомство с проблемой алекситимии в «психосоматических» семьях и снижение степени ее выраженности у каждого члена семьи.
3. Диагностика особенностей совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей каждого члена семьи.
4. Снижение уровня личностной тревожности в родительской и, особенно, в детской подсистемах.
5. Осознание членами родительской подсистемы патологизирующей роли существующего воспитания в семье.

**Особенностью работы на данном этапе** является параллельное проведение психотерапии по двум векторам: родительской и детской подсистем.

**Методы и техники:**

- элементы рациональной психотерапии (беседа психотерапевта, разъяснение особенностей психосоматических расстройств при заболеваниях ЖКТ (дискинезии желчевыводящих путей и кишечника, гастродуоденит) или при бронхиальной астме (подробно рассказать о психосоматических и соматопсихических соотношениях при бронхиальной астме), повышение информированности о проблеме алекситимических барьеров);
- клинико-психологический метод (диагностика совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей членов семьи);
- техника свободного проективного рассказа;
- арт-терапия;
- психогимнастические упражнения.

**Этап III. Реконструкция семьи, как системы в целом**

Рассчитан на четыре семейные сессии: 1 раз в неделю по 2 часа.

**Цель:** реконструкция внутрисемейных отношений и закрепление адаптивных стратегий совладания с трудными ситуациями в семье.

**Задачи:**

1. Реконструкция границ в семейных подсистемах.
2. Профилактика ситуаций, провоцирующих конфликт в семье.
3. Преодоление алекситимических блоков в семье.
4. Совладание с конфликтными ситуациями с помощью семейного психотерапевта.
5. Проигрывание возникающих напряженных ситуаций, закрепление адаптивного семейного функционирования.

**Методы:** аналитико-системная семейная психотерапия; системная семейная психотерапия; семейная арт-терапия.

**Этап IV. Поддерживающий**

Данный этап рассчитан на две сессии (по 2 часа), частота встреч – 1 раз в месяц.

**Цель:** поддержание адаптивного семейного функционирования для лечения и профилактики психосоматических расстройств при бронхиальной астме или заболеваниях желудочно-кишечного тракта у подростков.

**Задачи:**

1. Закрепление сформированного адаптивного совладающего поведения в семье больного ребенка;
2. Проработка оставшихся алекситимических блоков;
3. Домашние задания (даются для закрепления созданных новых систем внутрисемейных коммуникаций);
4. Подведение итогов психотерапии, достижения сформированных целей и задач, соблюдение оговоренного контракта, проведение «экологической проверки»: техника совместного рисования «Моя семья счастлива», обсуждение результатов.

**Методы:** семейная системная психотерапия.

**Комментарии:** данный этап необходим для закрепления и поддержания адаптивных стратегий совладания в семье, сформированных при реализации предложенной модели психотерапии. В ходе поддерживающего этапа происходит осознание каждым членом своего места в семье и места семьи в собственной жизни, осознание необходимости собственных действий для личностного роста и развития семьи как гармоничной системы.

Домашние задания являются приемом, позволяющим семье начать отделение от семейного психотерапевта и самостоятельно устанавливать конструктивные внутрисемейные коммуникации.

**Оценка эффективности модели «ромбовидной» векторной семейной психотерапии** проводилась через три месяца после завершения лечения. Анализ результатов позволил отметить значимое снижение до средненормативных показателей уровня гиперпротекции, как в материнском ( $p < 0,001$ ), так и в отцовском ( $p < 0,01$ ) стиле воспитания. Те же закономерности были отмечены у подростков при оценке ими стиля воспитательной практики их родителей. В ходе реализации данной модели были проработаны основные причины нарушения воспитания и дисфункциональные паттерны

детско-родительского взаимодействия. У родителей отмечается значимое снижение показателей по шкалам: «воспитательная неуверенность» ( $p < 0,01$ ), «фобия утраты ребенка» ( $p < 0,05$ ), а также у отцов – «проекция нежелательных качеств» ( $p < 0,05$ ), а у матерей мальчиков – «расширение сферы родительских чувств» ( $p < 0,01$ ).

Выявлены значимые различия по всем шкалам («вина», «тревожность», «напряжённость»), свидетельствующие о снижении уровня общей семейной тревоги у всех членов семьи ( $p < 0,001$ ). Анализ семейного копинга позволил отметить, что после проведения психотерапии у всех членов семей с подростками, страдающими психосоматическими расстройствами, выявляется переход к умеренным (сбалансированным) уровням семейных сплоченности и адаптации, что свидетельствует о повышении адаптивности внутрисемейного функционирования.

Завершением «экологической проверки» модели явилось проведение катамнестического исследования: через 6 месяцев после окончания лечения 90% семей отмечают снижение частоты и степени выраженности конфликтов в семье, преобладание конструктивных решений проблем. У 80% подростков отмечается стойкая ремиссия заболевания, у остальных 20% – снижение выраженности болевого синдрома или интенсивности протекания приступов удушья. Полученные данные свидетельствуют о гармонизации детско-родительских взаимоотношений и большей адаптивности внутрисемейного взаимодействия, что позволяет сделать вывод об эффективности проведения в ходе семейной психотерапии вторичной психопрофилактики психосоматических расстройств у подростков.

Таким образом, модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии помогает снять запрет на высказывание и отреагирование чувств в дисфункциональных семьях детей и подростков с психосоматическими расстройствами, позволяет выработать оптимальные способы семейного функционирования, провести коррекцию стиля воспитания и способствует установлению адекватных детско-родительских отношений. Проведение семейной психотерапии позволяет значительно повысить эффективность лечения и играет важную роль в реабилитации детей с психосоматическими расстройствами.

В связи с тем, что эффективность психотерапии материнско-детских взаимоотношений в диадах «мать – сын с БА» была доказана в ходе апробации модели «ромбовидной» векторной семейной психотерапии М.П. Билецкой [2, 3, 5], представляется актуальным проведение психологической коррекции диадных взаимоотношений в семьях с больными девочками. На основе данной модели была разработана авторская программа, целью которой является проведение психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений в диадах «мать – дочь, страдающая бронхиальной астмой».

**Методы и техники:** методы системной семейной и аналитико-системной семейной психотерапии, элементы семейной арт-терапии, элементы когнитивно-поведенческой терапии, ролевые игры, элементы телесно-ориентированной терапии.

Программа рассчитана на 35 астрономических часов (с учётом параллельной работы с материнской и детской подсистемами на II этапе), продолжительность и количество встреч определяется целью и задачами каждого из этапов.

#### **I этап. Подготовительный**

Проводится работа в диадах «мать – дочь, страдающая бронхиальной астмой».

**Цель:** активное вовлечение в процесс психологической коррекции.

**Задачи:** присоединение психолога к группе, установление контакта между участниками; ознакомление участников с особенностями взаимодействия родителей и подростка; осознание внутрисемейной напряженности и разногласий в материнско-детских взаимоотношениях; выработка мотивации на участие в психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений.

В ходе каждой из сессий происходит выработка мотивации на дальнейшую психокоррекционную работу по детской и материнской подсистемам отдельно (параллельно по «векторам»). Акцентируется внимание на то, что в каждой семье заложен саногенный фактор и подчеркивается важность работы именно в диаде «мать – ребёнок».

#### **II этап. Работа по «векторам» с родительской и детской подсистемами**

На данном этапе работа проводится по двум «векторам» параллельно: «вектор детской подсистемы» (дочери) и «вектор родительской подсистемы» (матери), активно используется групповая динамика и позитивное подкрепление друг друга участниками в каждой из групп.

#### Детская подсистема

**Цель:** снижение у девочек с БА уровней семейной вины и общей семейной тревоги, коррекция их дисфункциональных установок взаимодействия с матерью.

**Задачи:** снизить уровень общей семейной тревоги; снизить выраженность алекситимических блоков; способствовать развитию навыка к рефлексивному поведению; проработка дисфункциональных установок в системе отношений у дочерей.

#### Материнская подсистема

**Цель:** снижение у матерей уровня общей семейной тревоги с учётом её структурных компонентов, коррекция дисфункциональных родительских установок и паттернов материнского воспитания.

**Задачи:** снизить уровень психоэмоционального напряжения и выраженности алекситимических блоков; повышение родительской компетентности; проработка дисфункциональных родительских установок; провести коррекцию стиля материнского воспитания.

### **III этап. Основной**

Проводится работа в диадах «мать – дочь с БА», также продолжается формирование навыков эффективной эмоциональной регуляции и саморефлексии, происходит закрепление приобретённых на предыдущих этапах знаний и умений.

**Цель:** психологическая коррекция взаимоотношений в диадах «мать – дочь с БА».

**Задачи:** снизить уровень общей семейной тревоги в диадах; способствовать развитию эмоциональной связи между матерью и дочерью и выработке оптимального материнско-детского взаимодействия; способствовать выстраиванию

функциональных (адаптивных) границ в материнско-детской подсистеме; способствовать повышению эффективности семейного копинга в диадах.

#### **IV этап. Завершающий**

Проводится работа в диадах «мать – дочь с БА». В ходе работы происходит подведение итогов психокоррекционных занятий, поддержка более адаптивного функционирования материнско-детской подсистемы и закрепление приобретённых на предыдущих этапах навыков и умений. В ходе него также происходит отсоединение психолога от семейных подсистем и группы в целом с использованием урежения частоты встреч, домашних заданий и их обсуждения.

**Цель:** подведение итогов психокоррекции и закрепление более адаптивного функционирования внутрисемейной подсистемы.

**Задачи:** закрепление функционального материнско-детского взаимодействия и более адаптивного внутрисемейного копинга в диадах; рефлексия, анализ результатов и отсоединение психолога от материнско-детских подсистем и группы в целом.

**Проверка эффективности** проходила через месяц после проведения психологической коррекции. По итогам в диадах наблюдается значимое снижение у дочерей показателей по шкалам «чрезмерность требований-обязанностей» ( $p < 0,05$ ), «неразвитость родительских чувств» ( $p < 0,1$ ), «проекция нежелательных качеств» ( $p < 0,05$ ). Также анализ средних значений показал изменение показателей характеристик материнского воспитания и его восприятия дочерью, с учётом выравнивания выраженности данных параметров до среднего уровня, что свидетельствует о гармонизации взаимоотношений в диадах. Таким образом, результаты проведения психологической коррекции свидетельствуют о проработке основных причин нарушения стиля материнского воспитания и его восприятия дочерью, а также коррекции дисфункциональных паттернов материнско-детского взаимодействия, что подтверждает тенденцию к гармонизации внутрисемейных взаимоотношений в материнско-детской подсистеме.

Также в диадах наблюдается значимое снижение уровня общей семейной тревоги ( $p < 0,01$ ) с учётом её структурных компонентов («вина», «тревожность», «напряжённость»), что возможно отражает динамику изменений в материнско-детской подсистеме.

В соответствии с «циркулярной (круговой) моделью» Д.Х. Олсона, у матерей девочек с бронхиальной астмой выявляются «разделённый» (на уровне средних значений) уровень семейной сплочённости и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $44,05 \pm 1,7$ ;  $37,82 \pm 0,9$ ;  $p < 0,05$ ). В свою очередь, для их дочерей являются характерными «разделённый» ( $28,75 \pm 1,43$ ;  $33,91 \pm 0,82$ ;  $p < 0,01$ ) уровень семейной сплочённости и «гибкий» уровень семейной адаптации ( $34,3 \pm 1,73$ ;  $29,7 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ). Следовательно, в диадах «мать – дочь с БА» после проведения психокоррекции выявляется тенденция к сбалансированности уровней семейных сплочённости и адаптации, что характеризует успешность функционирования внутрисемейной подсистемы и повышение адаптивности семейного копинга в целом.

Также включённое наблюдение в ходе проведения психологической коррекции и катамнестическое исследование через месяц после её завершения, позволило отметить снижение частоты конфликтов при внутрисемейном взаимодействии в диаде, снижение выраженности алекситимических блоков и повышение уровня эмоциональной связи в материнско-детских взаимоотношениях, а также преобладание конструктивных способов разрешений проблемных ситуаций.

### **Заключение**

Изучение психологических особенностей семей подростков с психосоматическими расстройствами позволило:

- выявить дисфункциональные паттерны взаимодействия членов данной семейной системы;
- определить эмоционально-личностные особенности «идентифицированного пациента» – больного ребенка;
- доказать, что астматический приступ или боли в животе выполняют морфостатическую функцию симптома семейной системы;



- определить основные параметры семейной системы, закрепляющие семейную дисфункцию;
- выявить особенности защитно-совладающего поведения, как членов семьи, так и семейного копинга в целом.

Таким образом, в семьях с подростками с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта и бронхиальной астмой детско-родительские взаимоотношения носят дисфункциональный характер, вследствие чего данные семьи не могут реализовать саногенную роль в период обострения заболевания и нуждаются в оказании им психологической помощи. Модель «ромбовидной» векторной семейной психотерапии подростков с психосоматическими расстройствами и программа психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений в семьях подростков с психосоматическими расстройствами помогают снять запрет на отреагирование чувств в дисфункциональных семьях, позволяют провести коррекцию стиля воспитания и выработать оптимальные способы семейного функционирования. Проведение семейной психотерапии позволяет значительно повысить эффективность лечения и играет важную роль в реабилитации данного контингента больных. Таким образом, в системе комплексного лечения следует проводить семейную психотерапию, которая позволяет снизить рецидивы заболевания, семейную тревогу, а также оптимизировать внутрисемейные отношения. Полученные данные могут обеспечить специалистов (практических психологов, психотерапевтов и педагогов) знаниями, необходимыми для разработки методов выявления детей и подростков с повышенным риском заболевания и его ранней профилактики, а также психотерапевтической и психолого-педагогической помощи больным с психосоматическими расстройствами.

#### Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
2. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

3. Билецкая М.П. Семейная психотерапия психосоматических расстройств у детей и подростков. Учебно-методическое пособие. – СПб.: СПбГПМА, 2011. – 80 с.
4. Билецкая М.П., Мельникова Н.О. Бронхиальная астма у детей и подростков и семейная психотерапия. – СПб.: «СОТИС», 2008. – 124 с.
5. Билецкая М.П., Шемет В.Е. Семейная психотерапия и психокоррекция подростков с бронхиальной астмой // «Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V международной научно-практической конференции». – Тамбов: изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2015. – С. 183-188.
6. Билецкая М.П., Шемет В.Е. Семейная тревога и стиль воспитания в диадах «мать – подросток, страдающий бронхиальной астмой» // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященный 80-летию КГМУ / Под общей редакцией проф. В.Б. Никишиной. / Курск: Изд. КГМУ, 2014. – С. 36-40.
7. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400с.
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиат. и мед. психол. – 1994. – №1. – С. 63-74.
9. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб., 2003.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672с.
11. Bowen M. Family Therapy in Clinical practice. New-York: Aronson, 1978.
12. Kliewer W. Coping in Middle Childhood: Relations to Competence, Type A Behavior, monitoring, blunting and Locus of Control // Dev. Psychol.– 1991.– V.27, №4.– P.689-697.
13. Lazarus R.S. Coping theory and research: Past, present and future // Psychosomatic Medicine. – 1993. – Vol. 55. – P. 234-247.

**Возможности использования терапии реальностью в психологическом сопровождении приемных родителей в рамках российско-германского проекта**

**«Родительское Кафе»**

**Булыгина Т.Б.**

*Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова,*

*Архангельск, Россия*

*tatiana.bulygina@mail.ru*

*Аннотация: В работе представлены понятие и основные характеристики психологического сопровождения семьи, показано, что Родительское Кафе является формой кризисного, активного, стабильного и систематического психологического сопровождения семьи. Описаны задачи психологического сопровождения приемной семьи, доказана возможность терапии реальностью использования в психологическом сопровождении приемных родителей в рамках российско-германского проекта «Родительское Кафе».*

*Ключевые слова: психологическое сопровождение семьи, проект, «Родительское Кафе», групповой подход в консультировании, терапия реальностью.*

Известно, что психологическое сопровождение в научном знании понимается, с одной стороны, как поддержка психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают личностные трудности или помощь субъекту в формировании ориентационного поля развития, ответственность за действия в котором несет сам субъект. С другой, как один из видов социального патронажа — социально-психологический патронаж, предполагающий не исправление недостатков, а поиск скрытых ресурсов развития человека, опору на его собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей. В-третьих, как процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи, а также это движение вместе с изменяющейся личностью

(Битянова М.Р., 1998; Казакова Е.И., 2001; Мухина В.С., Осухова Н.Г., 2001; Щербанец Е.Ю., 2007).

В свою очередь, психологическое сопровождение семьи можно рассматривать как интегративную технологию, суть которой состоит в создании условий для поддержки семьи на всех этапах формирования новых отношений человека с собой и миром, восстановления потенциала развития и саморазвития членов семьи. В процессе психологического сопровождения семьи происходит ее адаптация к жизни, эффективное выполнение отдельным человеком или семьей своих основных функций. Основными характеристиками психологического сопровождения семьи являются процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную повседневную жизнь человека или семьи, особые отношения между участниками этого процесса, переход личности и (или) семьи к самопомощи (Мамайчук И.И., 2001; Осухова Н.Г., 2001).

Известно, что современные родители не оправдывают ожиданий общества из-за низкого уровня их психолого-педагогической компетентности, социальной зрелости, передачи ответственности за воспитание своих детей школе, обществу, неравномерного распределения воспитательной активности между отцом и матерью, появления феномена социального сиротства и т.п. Поэтому необходимо осуществлять поиск новых форм психологического сопровождения семье.

Такой новой формой можно считать Родительское Кафе. Подобная форма работы с родителями существует в дошкольных учреждениях и начальных школах г. Эмден (Германия) с 2004 г. и в школах Архангельской области России с 2009 года. С 2011 года психологическая поддержка оказывается приемным семьям на базе Архангельской региональной общественной организации «Приемная семья» при сотрудничестве с Центром охраны прав детства г. Архангельска. Научно-методическое сопровождение российско-германского проекта «Родительское Кафе» с немецкой стороны осуществляют преподаватели и студенты отделения социальной работы и здоровья университета прикладных наук г. Эмден/Леер; с российской – преподаватели и студенты кафедры психологии института педагогики и психологии САФУ.

Цель создания таких родительских кафе состоит в усилении ответственности родителей в области воспитания детей через совместную деятельность в Родительском

Кафе в группах родители - родители, родители – дети, родители – специалисты системы образования, учреждений культуры. В качестве задач выступают: 1) повышение психологической компетентности родителей в области воспитания; 2) приобретение родителями опыта группового обсуждения проблем, связанных с воспитанием детей; 3) развитие воспитательных ресурсов семьи, навыков самопомощи через непосредственное сотрудничество родителей друг с другом, а также потребности к саморазвитию через воспитание своих детей; 4) оптимизация детско–родительских отношений; 5) формирование способности предупреждать появление сложных кризисных ситуаций, связанных с воспитанием подрастающего поколения; 6) развитие непрерывных отношений со школой с целью оказания психолого–педагогической поддержки родителей.

Встречи в родительских кафе проходят в течение учебного года 1 раз в неделю. Их организует модератор, который является, как правило, специалистом этого учреждения или волонтером Родительского Кафе. В группы в зависимости от темы встреч могут входить родители, их дети разного возраста, другие члены семьи, специалисты образовательных, культурных и социальных учреждений. Непосредственно саму психологическую работу с родительскими группами осуществляет практический психолог/групповой консультант, роль которого заключается в сопровождении или фасилитации взаимодействия между членами группы, создании условий для установления личных целей, перевода инсайта в конкретный план действий, который будет реализован вне группы и т.п.

Специфика реализации проекта «Родительское Кафе» состоит в использовании группового подхода, который является более эффективным, поскольку группа объединяет людей разных по возрасту, полу, профессии, статусу, интересам, происхождению и типу проблем. В этом случае, группа представляет собой образец реальности, в котором члены группы могут увидеть себя глазами разных людей, испытывать симпатию и антипатию друг к другу, смоделировать проблемную ситуацию, поэкспериментировать с альтернативными формами поведения, отработать более эффективные социальные навыки, приобрести чувство принадлежности и сплоченности. В таких группах происходит обмен опытом, обучение тому, как решать проблемы,

оказание помощи в развитии системы внутренней поддержки, которая будет действовать внутри группы и за её пределами, что создает условия для появления родительских групп самопомощи. Группы могут быть использованы для обучающих, терапевтических, превентивных и оздоравливающих целей и чаще являются проблемно-ориентированными (Булыгина Т.Б., 2013, 2015). Формирование группы осуществляется на принципах добровольности участия, приоритета интересов родителей, активности, открытости, партнерского общения, свободы и ответственности за выбор варианта решения своей актуальной проблемы, осознания своего родительского поведения. Опираясь на принцип приоритета интересов, родители самостоятельно определяют тему встреч в Родительском Кафе, что в дальнейшем и снижает риск возможных уходов из групп.

Предпочитаемыми темами родителей являются:

- как «правильно» общаться со своими детьми, близкими;
- как научиться принимать свои чувства и доверять им;
- как стать сильным родителем и что это значит;
- как «правильно» любить себя и своих близких;
- как научиться заботиться о себе;
- как принять себя и своих детей, стать более чувствительным к потребностям и чувствам своих детей и т.п.

Информацию о формировании группы и тематике встреч родители получают на родительских собраниях, в ходе бесед с классными руководителями, психологом-педагогом и школьниками, а также через чтение объявлений школьного стенда «Родительское Кафе», записей в дневниках учащихся и т.п. При этом, наш опыт психопрактической работы доказывает целесообразность использования среди таких методов группового обучения, как социально-психологический тренинг, семинар-тренинг, семинар-практикум и др., метод анализа конкретных случаев, т.к. родители совместными усилиями группы научаются анализировать ситуацию, осуществлять поиск стратегий её разрешения, определять последствия её разрешения или не разрешения, работать на едином проблемном поле. К преимуществам этого метода относится также получение навыков работать в команде, развитие коммуникативных навыков, навыков самоанализа, актуализации знаний своих особенностей и особенностей детей,

презентации своего мнения и т.п. Это способствует развитию уверенности при выборе воспитательного воздействия, его осознанности, развитию позитивного мышления и оптимизма (Матвеева А.В. и др., 2012; Зайкова Д.А. и др., 2012; Евсеева Ю.А. и др., 2014). Кроме того, Родительское Кафе также может выполнять функцию «скорой помощи». В данном случае используется групповой метод кризисной интервенции. За весь период реализации проекта на разных площадках было организовано более 34 краткосрочных, чаще обучающих/темоцентрированных групп (в рамках проекта их называют «мобильными» родительскими кафе, которые организуются на базе одного из школьных классов) и действовало 4 постоянно-действующие общешкольные родительские группы, на основе которых появились 2 группы самопомощи. При формировании новой (краткосрочной) группы участниками проекта определяются её цели и задач, типы участников, способы объявления о наборе в группу, тип группы (открытая или закрытая), методы воздействия, объем часов. Обязательным условием является включение в новую группу родителей-волонтеров из состава постоянно-действующих групп, которые, имея опыт групповой работы и решив часть своих проблем, становятся ассистентами в развитии навыков, направленных на решение конкретных ситуаций или даже со-консультантами. Они усиливают группу и работу группового консультанта, выступая иногда в качестве своего рода модели для подражания, идентификационным образцом, помогая усвоить, например, новый стиль взаимоотношения с ребенком, членами семьи или педагогическим коллективом. Наш опыт психопрактической работы показывает, что родители, имеющие негативный опыт взаимодействия со школой или психологами, не справляющиеся с воспитанием своих детей и т.п., лучше «слышат и видят» такого же родителя, сидящего рядом «за чашкой чая», чем специалиста. Часто родители-волонтеры становятся дополнительным ресурсом родителей, оказавшихся в сложной кризисной ситуации, помогая им не впасть в отчаяние и сопровождая их до тех пор, пока не будет пройден кризисный период (Булыгина Т.Б., 2015).

Таким образом, сегодня можно утверждать, что Родительское Кафе является формой кризисного, активного, стабильного и систематического психологического сопровождения семьи, что предполагает создание условий для поддержки семьи на всех

кризисных этапах её становления, эффективного выполнения членами семьи своих основных функций, восстановления потенциала развития и саморазвития членов семьи. Кроме того, психологическое сопровождение семьи означает процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является решение или действие, ведущее к прогрессу в развитии сопровождаемого. В качестве основных принципов психологического сопровождения семьи мы рассматриваем приоритет потребностей каждого члена семьи, целей и ценностей его развития, веру в их силы, автономию и независимость, опору на ее ресурсы, квалифицированную помощь и поддержку естественного развития.

Известно, что приемным родителям справиться с кризисными этапами становления их семьи, со своими функциями в большинстве случаев сложнее, чем родным. Поэтому они нуждаются в пролонгированном формировании специфических родительских компетенций (Ослон В.Н., 2010). Как уже указывалось выше, волонтеры АРОО «Приемная семья» и специалисты Центра охраны прав детства г. Архангельска в 2011 году решили принять участие в реализации российско-германского проекта «Родительского Кафе». Одной из целей объединения ресурсов вузов, НКО России и Германии является психологическое сопровождение приемных семей на всех достаточно сложных этапах её становления и развития. К этапам становления и развития приемной семьи относятся: подбор семьи и ребенка, подготовка семьи и ребенка к процедуре приема, функционирование семьи в качестве приемной, «выход» подопечного из семьи. В.Н. Ослон в качестве задач психологического сопровождения на первых двух этапах выделяет подбор достаточно ресурсной семьи для ребенка, подготовка к семейной жизни, помощь в создании психологического пространства для приемного ребенка в семье, а в качестве психологических мишеней - взаимные ожидания и страхи, мотивация приема, актуализация ресурсов семьи. В свою очередь, задачами психологического сопровождения этапа функционирования семьи в качестве приемной по её мнению являются интеграция ребенка в приемную семью и другие социальные институты, профилактика и коррекция кризисных состояний, поддержка идентификации ребенка с биологической семьей, если это не противоречит его интересам, подготовка к самостоятельной жизни. Психологические мишени этого этапа: взаимная идентификация



ребенка в приемной семье, переструктурирование семейной системы, родительское (материнское) отношение, контролирующее поведение родителей и их навыки «контейнирования» тревоги, специфические родительские компетенции, поведение семьи как системы, формирование позитивного отношения к приемному ребенку и т.п. (Ослон В.Н., 2010). В свою очередь, наш опыт показывает, что в качестве психологических мишеней этапа «выхода» подопечного из семьи выступают страх ухода ребенка в биологическую семью, невозможности сохранить с ним отношений, неудовлетворенность результатами воспитания, ощущение тщетности приложенных усилий. Групповые встречи в течение первых лет в Родительском Кафе позволили также определить, что приемные родители оказались не готовыми к:

- отсутствию поддерживающей среды для приемных семей в обществе, в частности, на территории их проживания, в ближайшем окружении;
- перераспределению семейных ролей, образованию новых коалиций, изменению в семье внешних и внутренних границ, уровне близости между ее членами;
- депривационным нарушениям в развитии у приемного ребенка, пережившего серьезную психологическую травму;
- нарушению баланса между автономией и симбиозом в воспитании детей;
- определению личных ресурсов, собственной силы, слабостей и ограничений.

Кроме того, в данном проекте большинство приемных матерей не замужем, не имеют партнера, который бы оказал им поддержку. Есть и такие женщины, которые выполняют свою роль в отношении приемного ребенка в более старшем возрасте, чем биологические. Для них характерно стремление «заместить» отсутствующие или неудовлетворяющие их эмоциональные отношения со значимыми другими сверхблизкими отношениями с приемным ребенком, смешение родительских ролей (материнских и отцовских, родительских и прародительских) в одной семье; тревога по поводу бесполезности собственных усилий по воспитанию ребенка, мистификация образа ребенка и собственной «спасительной миссии» и т. д.

Специфика реализации проекта «Родительское Кафе» на базе АРОО «Приемная семья» состоит в том, что состав группы является постоянным в количестве 10-12 человек, при этом группа является открытой и её состав в зависимости от темы встреч

может составлять до 25 человек. В течение 5 лет были проведены семинары-тренинги «Как поощрять и наказывать своих детей» (16 час.), «Как общаться с моим ребенком» (16 час.), «Как стать хозяином своих эмоций» (14 час.), «Встречи с собственным детством» (8 час.); семинары-практикумы «Как мы создаем проблемы себе и своим детям и как можно их решать» (18 час.), «Кто такой отец и зачем он нужен» (12 час.), «Поговорим о любви» (12 час.); тренинг «Оптимизация детско-родительских отношений средствами арт-терапии» (12 час.) и др. При такой постоянной системе поддержки у приемных родителей появился общий опыт анализа и решения кризисных ситуаций, накопился потенциал самостоятельного решения своих проблем, сформировался положительный «Я-образ», расширилось количество воспринимаемых альтернатив, появилась возможность получения обратной связи, оказания помощь другим.

Опыт работы с приемными семьями в рамках российско-германского проекта «Родительское Кафе» доказывает эффективность использования таких теоретических подходов к групповому консультированию, как бихевиористский, когнитивный, психодинамический, гештальт-подход, драматерапии. Но в рамках данной статьи рассмотрим возможность применения терапии реальностью в объеме 16 часов в групповом консультировании родителей из приемной семьи.

Терапия реальностью, возникшая в 1960-е годы с целью психокоррекционной работы с молодыми правонарушительницами, была разработана У. Глассером и исходит из того, что изначальное поведение клиента неадекватно, нереалистично и безответственно. Поэтому именно поведение должно стать предметом анализа и коррекции. Центральным понятием в данном подходе является чувство реальности, при этом игнорируются понятия, связанные с объяснением причин расхождения между планами человека, касающихся его поступков и их реализации ("защитные механизмы", "неосознаваемые влечения" и т.д.). В результате ослабления чувства реальности у клиента резко понижается чувство ответственности перед самим собой за результаты своих действий. Человек начинает считать себя "игрушкой в руках судьбы". Во главе этого подхода стоит побуждение клиента брать на себя ответственность и добиваться поставленных целей, если они реальны.

Суть терапии реальностью заключается в том, чтобы помочь клиентам:

- стать психологически сильными, практичными, самостоятельными;
- оценить свое поведение с точки зрения того, носит ли поведение характер соперничества, может ли действие совершаться без значительного умственного усилия, без посторонней помощи, не прибегая к самокритике, является ли оно значимым для человека, имеется ли убежденность в том, что в результате подобного поведения произойдут улучшения образа жизни;

- осознать, что каждое действие человека является попыткой удовлетворить потребности в выживании, любви и принадлежности, силе и власти, свободе и удовольствии;

- осознать, чего они хотят в своей жизни и принять ответственность за то, как они проживают свою жизнь, сосредотачивая внимание членов группы на способах изменения прежнего поведения, достижении целей и на том, чтобы не мешать другим;

- выбрать отношение к себе и другим;

- сосредоточиться на решении проблем и приспособлении к социальной реальности посредством осуществления более эффективных выборов;

- выработать реалистичный план удовлетворения личных потребностей и желаний;

- обучиться делать более эффективные выборы, изменить свое поведение, усилить контроль над своей жизнью, полноценно удовлетворяя свои потребности;

- изучить альтернативные формы поведения, решений и результатов и заключить контракт;

- научиться предотвращать проблемы;

- исследовать собственные возможности в достижении избранных целей, возможность поддержки или её отсутствия со стороны окружающих;

- приобрести идентичность успеха, которая позволяет жить более продуктивно и гармонично;

- делать акцент на действиях «теперь», в настоящем;

- устанавливать значимые отношения в группе, основанные на понимании, одобрении, эмпатии и готовности консультанта выразить веру в способность клиента измениться (Глэддинг С., 2002; Кори Д., 2003).

В качестве ключевых процедур терапии реальностью выступает WDEP-система (Кори Д., 2003). Каждая из букв означает кластер стратегий: W (want) - желания, D (direction) – действия и направление действий, E (evaluation) – самооценка, P (plan) – планирование, которые обеспечивают изменения. Так, стадия W (want) направлена на выяснение желаний членов группы и того, что они делают в настоящее время: «Чего вы хотите? Чего вы хотите от жизни, но пока не получили? Если бы вы изменились, чем бы вы ваша жизнь отличалась от нынешней? Если вы изменитесь, будете ли вы чувствовать себя лучше? Что вы можете сделать для того, чтобы изменить существующее положение дел?» или «Каким человеком ты хотел бы быть? На что похожа была бы твоя семья, если бы её и твои желания совпадали? Что бы ты делал, если бы жил так, как хотел?» и т.п.

На стадии D (direction) продолжается дальнейшее исследование направления жизни клиентов. Их просят посмотреть на свое нынешнее поведение и определить, соответствует ли оно их желаниям: «Что вы делаете сейчас? Что именно вы делали на прошлой неделе? Что бы вы хотели изменить в прошедшей неделе? Что останавливает вас и не дает сделать то, о чем вы сказали? Что вы будете делать завтра?» Пока человек не оценит свое поведение, он не измениться. На стадии E (evaluation) осуществляется помощь в оценивании своего поведения, определении того, насколько ответственным оно является: «Что я делаю сейчас? Позволяет ли мне это поведение достичь того, что я хочу? Работает ли оно так, как предлагалось? Конструктивный ли выбор я сделал?». Действия клиента, которые не вносят вклад в удовлетворение им своих потребностей, зачастую приводят к отчуждению его от самого себя и от значимых других. Если клиент признает свое поведение непроизводительным, он становится заинтересованными в его изменении. Если не происходит такого осознания, терапевтический процесс может прерваться.

На стадии P (plan) клиент сосредоточивается на составлении плана изменения поведения. Лучшими являются простые, достижимые, реалистичные, конкретные, поддающиеся измерению, безотлагательные, последовательные и повторяемые планы

(Wubbolding, 1998). Здесь задаются вопросы: «Что? Где? Когда? С кем? Как часто?» или «Что вы можете сделать сегодня, чтобы начать изменять свою жизнь? Что вы можете сделать сегодня, сейчас, чтобы доставить себе удовольствие?». План нужно оценить в группе с точки зрения его достижимости, реалистичности и записать в виде письменного контракта, где расписываются сроки выполнения тех или иных задач, разъяснены альтернативы. Его выполнение должно контролироваться клиентами. Затем необходимо взять обязательство следовать плану действий. В этом случае, можно произвести самооценку уровня готовности следовать согласно выработанному плану действий:

1 уровень: «Я не хочу быть здесь. Оставьте меня в покое».

2 уровень: «Я хотел бы дойти до конца, но я не хочу ничего менять».

3 уровень: «Я попытаюсь. Я могу. Я смогу».

4 уровень: «Я буду делать все, на что способен».

5 уровень: «Я буду делать это, что бы не происходило».

Если клиент честно следует своему плану, то он становится моделью для остальных членов группы. Если же он не выполнит план действий, то никаких обвинений или наказаний со стороны консультанта не последует, никакие оправдания не будут приняты. Тем самым, ответственность полностью возлагается на клиента (Кори Д., 2003). В терапии реальностью используются такие техники, как обучение, ролевая игра, конфронтация с теми, которые живут нереалистично, использование юмора, метафоры, прием самораскрытия, моделирование поведения, ориентированного на успех, обратная связь, вовлечение, прием раскрытия информации о себе формулировка определенных планов действий и контрактов. При этом, единственная стратегия, которую используют в терапии реальностью – это позитивность: терапевт обсуждает, обращает внимание и подкрепляет только позитивное и конструктивное планирование и поведение (Глэддинг С., 2002; Кори Д., 2003).

Таким образом, терапия реальностью, во-первых, является формой экзистенциальной терапии, поскольку поощряет клиентов принять доступную им свободу, не забывая о своей ответственности и делая акцент на самооценке, потребностях, желаниях, выборе. Во-вторых, её можно отнести к когнитивно-поведенческому подходу из-за акцента на системе восприятия и поведении. В-третьих,

она направлена на понимание субъективного внутреннего мира человека, активизацию его чувства оптимизма в реализации своего потенциала при построении отношений клиент/терапевт, что позволяет терапию реальностью отнести к феноменологическому подходу. Возможность использования терапии реальностью в психологическом сопровождении приемных родителей в рамках российско-германского проекта «Родительское Кафе» обусловлена тем, что она является гибким, мощным и действенно-ориентированным подходом в групповом консультировании и является профилактической по своей природе. Терапия реальностью не является обобщенной, она конкретна, активна, директивна, дидактична и отличается кратковременностью применения, обычно ограничивается относительно небольшим количеством сессий (напомним, в данном случае в объеме 12 час.), позволяет оценить консультанту и клиентам, какой достигнут прогресс и в каких областях. И, наконец, терапия реальностью может применяться при работе с различными категориями населения и, в частности, подходит для группового семейного и супружеского консультирования. При этом полезность терапии реальностью зависит от установления хороших отношений между клиентом и консультантом, а также качества двусторонней связи уровня вербального взаимодействия, поэтому от членов группы требуется адекватное выражение своих потребностей, выборов и планов. Опыт группового обсуждения проблем, приобретенный приемными родителями в ходе проведенных психологических мероприятий, позволяет это делать.

Соотнесем цели и задачи проекта «Родительское Кафе» с основными положениями терапии реальностью.

Цель и задачи проекта «Родительское Кафе»	Основные положения терапии реальностью
--	--

<p>Усиление ответственности родителей в области воспитания детей через совместную деятельность в Родительском Кафе в группах родители - родители, родители – дети, родители – специалисты системы образования, учреждений культуры</p>	<p>Обучение членов группы реалистичным и ответственным формам поведения, что означает удовлетворение своих потребностей таким способом, который не лишает других возможности удовлетворять свои потребности. Потребность сотрудничать, участвовать (разделять с кем-либо) и любить, потребности в свободе, в интересном (развлечении, забаве) и могуществе являются фундаментальными потребностями человека.</p>
<p>Повышение психологической компетентности родителей в области воспитания</p>	<p>Мы являемся творцами своей судьбы, а не ее жертвами. Формирование активной жизненной позиции клиентов осуществляется через принятие ответственности, повышение внутренней свободы в конкретных жизненных ситуациях, активизацию "чувства реальности" и помощь в преодолении разрыва между их планами и их осуществлением в реальной жизни. Освоение стратегий WDEP-системы. Развитие способности быть рассудительными, эмоционально устойчивыми.</p>
<p>Приобретение родителями опыта группового обсуждения проблем, связанных с воспитанием детей. Развитие воспитательных ресурсов семьи, навыков самопомощи через непосредственное сотрудничество родителей друг с другом, а также потребности к саморазвитию через воспитание своих детей</p>	<p>Групповая атмосфера приглашает членов группы к сотрудничеству, которое обеспечивает одновременно поддержку и вызов к честной оценке неэффективного поведения, к обучению составлению плана действий и оказанию помощи друг другу в принятии ответственности через эффективный выбор. Без реализации своей потребности в принадлежности невозможно достичь контроля над своей жизнью.</p>

<p>Оптимизация детско– родительских отношений.</p>	<p>Отношения консультирования характеризуются причастностью, состраданием, заботой, честностью и отсутствием разочарования в клиентах. Задача консультанта состоит в том, чтобы создать доверительные и ответственные отношения с клиентами без принуждения.</p>
<p>Формирование способности предупреждать появление сложных кризисных ситуаций, связанных с воспитанием подрастающего поколения</p>	<p>Помочь клиентам научиться предотвращать проблемы, самостоятельно формировать свою судьбу, контролировать свое поведение, изменять собственные паттерны поведения и мышления.</p>
<p>Развитие непрерывных отношений со школой с целью оказания психолого– педагогической поддержки родителям</p>	<p>Люди действуют с целью придать своей среде форму и согласовать её со своими внутренними представлениями о том, что чего они хотят, что требует напряженной работы.</p>

Как можно убедиться, соотнесение цели и задач проекта «Родительское Кафе» с основными тезисами терапии реальностью доказывает целесообразность её использования в групповой работе с родителями.

#### Список литературы

1. Битянова М.Р. Психолог в школе: содержание и организация работы. - М.: Сентябрь, 1998. – 127 с.
2. Булыгина Т.Б. Психологическое сопровождение семьи в рамках российско-германского проекта «Родительское Кафе»: опыт и перспективы // Казанский педагогический журнал. - 2015. - №4 (111). - Часть 2. - С. 389-392.
3. Глэддинг С. Психологическое консультирование.– СПб: Питер, 2002. – 736 с.



4. Евсева Ю.А., Булыгина Т.Б. Формирование продуктивных копинг-навыков у матерей подростков с девиантным поведением средствами социально-психологического тренинга и через освоение метода кейс-стади // Психология и современный мир: материалы Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. Вып. 7. Ч. 1 / Сост. и отв. ред.: О.Е. Кузнецова. – Архангельск: КИРА, 2014. – С. 64-66.

5. Зайкова Д.А., Булыгина Т.Б. Метод решения конкретных ситуаций как средство оптимизации детско-родительских отношений // Психология и современный мир: материалы научной конференции с международным участием. Вып.4. Ч.1 / Сост. и отв. ред. Е.В. Казакова – Архангельск: ИПЦ САФУ, 2012. – С.174-178.

6. Казакова Е.И. Сопровождение развития – новая образовательная технология // Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение развития ребенка: Материалы Российско-фламандской конференции. – СПб: Институт специальной педагогики и психологии, 2001. – С. 9-14.

7. Как стать сильным родителем: учебное пособие / Под ред. Т.Б. Булыгиной. - Архангельск: Кира, 2013. - 256 с.

8. Кори Д. Теория и практика группового консультирования. - М.: Эксмо, 2003. - 640 с.

9. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб: Речь, 2001. – 220 с.

10. Матвеева А.В., Булыгина Т.Б. Метод анализа конкретных случаев при работе с родителями как условие предупреждения психологических проблем их детей школьного возраста // Психология и современный мир: материалы научной конференции с международным участием. Вып.4. Ч.1 / Сост. и отв. ред. Е.В. Казакова – Архангельск: ИПЦ САФУ, 2012. – С. 184-186.

11. Ослон В.Н. Психологическое сопровождение семьи с приемным ребенком: концепция, инновационные технологии // Психологическая наука и образование. - 2010. - № 5. – С. 148-156.

12. Осухова Н.Г. Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации // Школьный психолог: Еженедельное приложение к газете «Первое сентября». - 2001. - № 31 (вкладыш).

13. Щербанец Е.Ю. Соотношение психологической поддержки и психологического сопровождения в процессе психологической помощи родителям и детям с отклонениями в развитии // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. - 2007. - № 3. - С. 351-354.

### **Психодинамика межпоколенческой передачи травматического опыта в условиях семьи: история и современность**

***Бурлакова Н.С.***

*МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет психологии, Москва, Россия*

*naburlakova@yandex.ru*

*Аннотация. Статья посвящена анализу психодинамики межпоколенческой передачи травматического опыта в условиях семьи на примере наиболее исследованного в зарубежной психологии прецедента психоисторической травмы – межпоколенческой трансляции опыта Холокоста второму и последующим поколениям, что позволило сделать ряд важных выводов, осознать фундаментальность культурного явления межпоколенческой трансмиссии, не связанного исключительно с темой еврейской национальной идентичности. Анализ передачи опыта одного поколения другому должен стать необходимым методологическим и смысловым моментом важным для каждого культурно-исторического клинко-психологического исследования.*

*Ключевые слова: Межпоколенческая передача, семья, травматический опыт, культурно-исторический анализ.*

Передача опыта, понимаемого в широком смысле, от одного поколения к другому, являясь областью междисциплинарного интереса разных наук, по-прежнему наиболее сложна в плане исследования. Антропология, история, культурология, социология, педагогика, психология, а также ряд других дисциплин постоянно имеют дело с разными вариантами трансляции опыта, осуществляемом как на непосредственном уровне взаимодействия между людьми (например, представленных в характере отношений членов семьи разных поколений и рассказываемых ими историй), так и на уровне рефлексивной передачи опыта (обучение, педагогические и воспитательные стратегии, типы наиболее востребованного опыта для передачи в политическом и историческом дискурсе, меморализация, организация общественных дебатов (какие уроки необходимо извлечь из тех или иных исторических событий) и пр.). Вопрос об исторической памяти, идентификации, культурных и социальных механизмах передачи важных смысловых содержаний, составляющих остов жизни того или иного поколения, впоследствии так или иначе оказывающих влияние на становление национальной, социальной, личностной идентичности в последующих поколениях заострен и актуален в реалиях сегодняшней жизни (Йейтс Ф., 1997; История и память, 2006; Хальбвакс М., 2005; Хаттон П., 2003). Отдельный интерес представляет частный ракурс этой проблемы - передача особых эмоциональных типов опыта, связанных с глубокими травматическими переживаниями, в условиях семьи, и шире – из поколения в поколение. Обратимся к психологическим и клинико-психологическим исследованиям, которые так или иначе заостряют внимание на социальном и культурном контексте передачи травматического опыта от членов семьи одного поколения к последующему поколению. Классический психоанализ, открывший в неврозе взрослого историю детства, а также линию преемственности, психологической наследуемости неврозов, открывает тем самым и связь между поколениями. Впоследствии изучение механизма бессознательной идентификации с родительскими объектами в ходе детского развития также дало новый импульс для разработки данной темы. Отдельным аспектом в классическом психоанализе являлось обсуждение трансляции запретов (прежде всего на инцест и отцеубийство) и вины, что реализовано посредством социальных и культурных механизмов и структур, как по отношению к родителям, так и их детям. Таким образом вопрос о межпоколенческой

передаче конкретизировался в психодинамической психологии со стороны особых эмоциональных угроз и социальных запретов; истоков и содержания невроза; механизмов, участвующих в передаче такого рода (Фрейд «О нарциссизме», «Толкование сновидений», «Тотем и табу» и др.). Проблема, обозначенная Фрейдом, не потеряла своей актуальности и поныне, но полем ее рассмотрения стали преимущественно психотерапевтические случаи. Психоаналитики, а несколько позже и психотерапевты других направлений, прежде всего представители семейной психотерапии (Теория семейных систем..2005 и др.), неоднократно показывали в своем анализе случаев различные социальные механизмы трансляции опыта, прежде всего патогенного, в жизни семей от поколения к поколению. В этой связи с положением о существовании социальных и культурных механизмов передачи опыта сегодня никто всерьез спорить, вероятно, не будет. Проблема состоит в том, чтобы поднять уровень такого рода исследований от частных наблюдений психотерапевтов до уровня систематических культурно-исторических исследований, которые остаются малочисленными в отечественной психологии (Бейкер К., Гиппенрейтер Ю.Б., 2005).

Вопрос о передаче опыта одного поколения к другому и вкладе данного процесса в становление психической организации стал усиленно разрабатываться в зарубежной психологии в связи с опытом мировых войн и болезненных разрывов в преемственности поколений, а позже в связи с сексуальной революцией 60-ых, со свойственной ей отрицанием родительской морали. Введение в психоанализ социологического и социально-психологического модуса мышления позволило ввести его в широкий круг социальных наук, так в связи с историей поколений, в том числе стала рассматриваться проблематика идентичности и ее кризисов (Эриксон Э., 1996; Андреева Г.М., 2011; Бурлакова Н., Олешкевич В. 2011). В связи с обозначенным контекстом постепенно в социальных науках, психологии стало все шире обсуждаться, возникшее на стыке культурных, социальных и групповых исторических реалий с одной стороны, и индивидуальных жизненных историй, - с другой, понятие «исторической травмы», «мультигенерационной травмы», «культурной травмы» ( Danieli, Y. (Ed.),1998; Александер Дж., 2013; Травма: пункты, 2009). Во всех этих понятиях подчеркивается вынужденное переживание членами некоторого социального сообщества каких-либо

катастрофических событий, впечатывающихся в их групповое и личное сознание и «коренным и необратимым образом изменяющих их будущую идентичность» (Александр Дж., 2013, с. 255). Все чаще в современных психологических исследованиях стали использоваться понятия «социальной, коллективной виктимизации» (подчеркиваются процессуально-объективные характеристики коллективного принуждения и насилия одной социальной группы над другой с целью достижения политических экономических и социальных целей) и «коллективной виктимности» (субъективно воспринимаемое и переживаемое состояние виктимности в ответ либо на актуальные, либо на удаленные во времени социальные катастрофы) (Vollhardt J.R.). В этой связи обращение к конкретным исследовательским материалам, собранным применительно к прецеденту исторической травмы, а именно к межпоколенческой трансляции опыта Холокоста второму поколению, культуре выживания и возможности справиться с ужасным следом пережитого, является актуальным как для области клинической психологии, так и для семейной психологии, социальной психологии, а также для *социальной терапии (в самом широком смысле этого слова) последствий такого рода социальных катастроф, а также их предупреждения*. В психологических исследованиях, посвященных теме межпоколенческой передачи травматического опыта Холокоста, одной из первых появились работы А. Фрейд, написанные в соавторстве с Д. Барлингем и С. Данн в 40-50-е гг. Первоначально основанием для обсуждения стала тема ранней потери значимого объекта у детей-сирот, освобожденных из концентрационного лагеря Терезин и лечившихся в Англии. Опыт наблюдений за этими детьми, а также попыток их психотерапии позволил А.Фрейд сформулировать и ныне актуальный вопрос о принципиальной возможности восполнения дефицита эмоционального опыта, относящегося к достаточно ранним детским переживаниям, на который впоследствии по-своему пытались отвечать многие из известных психотерапевтов (Б. Беттельхейм, Ф. Александер, М. Малер и др.). Впоследствии тема травматического опыта и его влияния на жизнь последующих поколений стала активно разрабатываться применительно как ко второму поколению выживших после Холокоста, так и применительно к группе евреев, успевших иммигрировать из Германии, нашедших вторую родину в Канаде, США, других странах, однако переживания их детей, память

также травматично окрашены стыдом и виной (Freund, A., 2009). Пытаясь содержательно определить, что же являет собой сущностно «второе поколение» психотерапевт Е. Хоффман (2004) - потомок выживших, отмечает два момента: «Сознание войны, в самых экстремальных и жестоких проявлениях, казалось пришедшее с первым пробуждением самосознания» без собственного «прямого» опыта смерти и коллективного насилия, а также различные «парадоксы косвенных» (р.27), мощных и опосредованных форм знаний, преследующих второе поколение, делающих его носителем травм, которые предшествовали ему. У второго поколения - поколения детей выживших - исследователи видели те же самые симптомы, что и у актуально переживших ужасы Холокоста (Varocas С., Varocas Н., 1973; Тарабрина Н.В., Майн Н.В., 2013). Речь шла о своеобразном психологическом увековечивании Холокоста, его «продолжении» в личных историях последующих поколений, охваченных травматическим опытом, выпавшим на долю их родителей (Fonagy, P. 1999; Gruenberg К., Rosental N., 2007). Эти наблюдения сподвигли к пониманию, что в данном случае речь идет не только о собственно передаче травматического опыта, но и о некоторой *психодинамике*: родителям важно изжить, справиться с сильными негативными переживаниями, в таком случае ребенок часто воспринимается как некоторый материал для канализации этого опыта, и этот опыт задает некоторые своеобразные «формы», в которые он может быть вылит в ходе воспитания и в индивидуальном, и в национальном, масштабе. В этом будет состоять некоторая общая родительская идеология: выжившим важно передать этот сложный и катастрофичный опыт, говорить о нем, чтобы он не повторился. Но даже в том случае, если взрослый молча, наедине хотел изжить все выпавшие на его долю ужасы и лишения, все равно это особым образом окрашивало его отношение к своему ребенку (Adelman А., 1995). И действительно, к детям, рожденным сразу после Холокоста, практически не относились как к индивидуальностям, а скорее как к некоторому символу того, ради чего выжили их родители, символу победы над нацистами (Wardi D., 1992). Для многих ребенок был способом реконструировать, в первую очередь, свою идентичность, что, однако, мешало детям создать свою идентичность и быть личностями. Во многом они были способом избавиться от пустоты, оставленной войной и Холокостом, и от внутреннего хаоса,

задача второго поколения состояла в воссоздании семьи, нации. Часто второе поколение сравнивают с одновременно присутствующей надеждой на будущее и памятью о прошлом, восстанавливающим для своих родителей связь с исчезнувшим членом семьи (Randolph L. Braham, Ed. 1992). Израильский психотерапевт Дина Варди (1992) называет таких детей «мемориальными свечами Холокоста», вынужденным делом жизни которых стало настойчивое создание определенного поколенческого продолжения. Дети должны во что бы то ни стало воспринять этот опыт, чтобы с ними не произошло подобного. Тем самым поневоле внедрялся страх вместе с ощущением некоторой обязанности: продолжить семью, семейную историю, восстановить связь поколений, сопряженный и с не менее актуальным другим обязательством: многого достигнуть в жизни, чтобы оправдать страдания ушедших и выживших, и отчасти тем самым утешить родителей. Это, конечно, создавало высокое внутреннее напряжение, уводило от своих собственных переживаний и порождало ряд проблем у потомков. Kellermann N. (2000), суммируя, пишет в этой связи о «проблемных областях», с которыми сталкивается второе поколение, относя их к следующим психологическим составляющим: проблемы Я и идентичности; особенности мышления; аффективные переживания; интерперсональные отношения. Соответственно для второго поколения характерны: 1) заниженная самооценка с постоянными проблемами в идентичности, излишняя идентификация с образом жертвы/выжившего, необходимость сверхуспешности для того, чтобы восполнить утрату погибших, кого родители потеряли во время Холокоста; 2) катастрофическое мировоззрение, страх нового Холокоста, постоянное обращение к теме смерти, доминирование травматического опыта Холокоста во внутреннем мире; 3) подавление возбужденности, постоянные ночные кошмары на тему преследования, неразрешенные конфликты вокруг гнева, сформированного чувством вины; 4) сверхпривязанность к семье и сверхзависимость от нее, сложности в личных отношениях и в разрешении межличностных конфликтов.

Наиболее часто описываемые в исследованиях типы родительского отношения выживших после Холокоста к своим детям (второе поколение), это: 1) гиперопека со стороны родителей, которые пытаются создать гиперзащищенную среду для своих детей по принципу «пусть у вас будет все, чего не было у нас», следствием же

гиперзащищенности является страх самостоятельности, страх перейти границы, ригидность, откуда в дальнейшем может происходить комплекс неполноценности; 2) гиперконтроль с утрированным модусом долженствования, постоянным наблюдением, поскольку в своих детях видится реализация себя, и все это сопряжено с недоверием миру и закрытостью от него в силу его хаотичности и опасности, хроническая печаль, постоянный страх, серьезное давление на детей в области успехов в учебе и карьере. Н.Мак-Вильямс (1998) отмечает, что сообщение «пусть у вас будет все то, чего были лишены мы» психологически крайне деструктивно, как в силу своей гипертрофированной нереалистичности (ведь каждое поколение будет сталкиваться с теми преградами, которые выпали на его долю), так и по причине вреда, наносимого самоуважению. Именно в этом передаваемом деструктивном поколенческом послыле, заставляющем детей выполнять некую функцию, возложенное на них предназначение, за счет оттеснения «своего» опыта, переживаемого аутентично и непосредственно, исследователи видят исток нарциссической личности, «ложного Я» (Винникотт 1960; Миллер 2012; Соколова Е.Т., 2009).

Второе поколение вместе с тем большей частью не только достигает успеха, но и хорошо умеет справляться со сложными ситуациями (Wardi D.б 1992). Впрочем, вопрос о том, насколько эти люди личностно счастливы, несмотря на свои возможности преодоления сложных ситуаций, остается. Ведь это люди, достигшие успеха в условиях колоссального внутреннего напряжения, давшие внутреннюю клятву родителям достигнуть успеха во чтобы то ни стало. Для них, как и для первого поколения, характерны некоторый внутренний раскол и дезинтеграция личности, проявляющиеся в амбивалентных отношениях между «там» (события, связанные с Холокостом) и «тут» (непосредственно окружающие события), а также определенный конфликт между переживанием Холокоста как личной, семейной трагедии и его переживанием как национального, исторического события (Laub D., Auerhann N.б 1984). Этот конфликт, как представляется, связан с недостаточной интегрированностью личного и национального, кроме того – это все же разноуровневые переживания (личное это «свое», индивидуальное, национальное же обычно воспринимается как идея, идеология).



Laub, Auerhahn (1993), обсуждая ведущие темы (своего рода принципы, организующие личность) второго поколения, и тем самым пытаюсь ответить на вопрос о характере выживания и преодоления негативного опыта, с одной стороны, и о дифференцированном характере реагирования на травматический опыт, с другой, выделяют два жизненных стиля: адаптивный и негативный. Адаптивный жизненный стиль присутствует у потомков, которые проявили интерес к сокрытому родителями (секретам), предприняли усилия по расшифровке, и стремились к тому, чтобы помочь страдающим от подобных тайн. Часто эти люди выбирали так называемые помогающие профессии, в том числе в сфере психологии. Негативный жизненный стиль развился у тех представителей второго поколения, которые утратили надежду на безопасность, понимание и доверие, чувствовали полное обесмысливание человеческих отношений. Впоследствии психологами были выделены типы семей, в которых по-разному транслировался травматический опыт Холокоста, а также типы личных историй, что существенно облегчило психотерапевтическую помощь этим людям и их потомкам. В индивидуальной межпоколенческой передаче травматического опыта, начиная от очевидцев Холокоста к их потомкам и последующим поколениям, скрываются оттесненные на задний план сложные и напряженные переживания национальной идентичности. И трудно в целом сказать, какими путями пойдет изживание травматического опыта в последующих поколениях, если оставлять эти явления в рамках их естественно-психологического хода развития. Общественно-политическое сознание Израиля нелегко справлялось с интеграцией проблематики Холокоста в рамки национально-этнического дискурса национальной идентичности и самосознания, есть свои особенности и в Восточной Европе (Бурлакова Н.С., Олешкевич Е.В., 2014). Анализ имеющейся литературы показывает, что идентичность представляет собой даже в рамках одного этноса в связи с его неоднозначной реакцией на травматическое для народа событие достаточно неоднозначный и противоречивый феномен. В ответ на события Холокоста формируются различные и даже противоречивые идентичности. Но самое главное, что следует отметить, то что идентичность имеет диалогический характер, или точнее она складывается из различных специфическим образом диалогически ориентированных идентификаций и по своей структуре в конечном счете представляет

сложный свернутый внутренний диалог, диалог собственного самосознания с окружающим миром или специфическими проекциями этого самосознания на окружающий мир и на различные социальные и культурные группы людей (Бурлакова Н.С., Олешкевич Е.В., 2014). Исследования травматического опыта Холокоста - прецедента исторической травмы - открывают новые ракурсы и закономерности в истории культуры, на которые раньше столь пристального внимания не обращали. Речь идет о разности поколений, характере передачи опыта от одного поколения к другому и особой психодинамике этого процесса, причем включая не только его увековечивание, проявление травматического в настоящем, но и трансформацию, специфическую сублимацию, что с необходимостью погружает исследователей в поле культурно-исторического анализа. В осуществленных исследованиях по нашему мнению открыты некоторые фундаментальные явления, важные для нового типа культурно-исторического видения, актуального для психологии. Об этом писали антропологи и социологи (И.С. Кон), психологи-психоаналитики (Де Моз), но это не стало общепсихологической концепцией, не обрело некоторую методологическую основу в исследованиях по психологии развития и клинической психологии. Собственные наши исследования показывают, что связь поколений и характер передачи опыта от одного поколения к другому имеют колоссальное значение, но по-прежнему не построена методологическая основа для объяснения того, что в наблюдаемых клинко-психологических феноменах связано с межпоколенческой передачей опыта, а что нет.

Описываемые выше исследования открывают культурно-историческую основу патопсихологических явлений: обнаруживается не только болезненность некоторого опыта внутри семьи, которая передается по «наследству» или же дурно повторяется (например, факт инцеста), но собственно порождение культурой данных патопсихологических проявлений, когда их ареной становятся целые географические пространства и национальности, социальные группы. Такого рода культурно-исторический анализ патопсихологических явлений отходит от уровня изучения отдельного индивида к изучению семьи, групп, в конечном же счете можно говорить о культурно-исторической патопсихологии целых наций. Обращение с нашей стороны к трагическому опыту Холокоста связано и с другим важным вопросом: как меняется

передача опыта от одного поколения к другому в условиях ускорения исторического времени, когда последнее явно движется быстрее, чем передача опыта? Как происходит межпоколенческая передача опыта, когда все больше исследователей начинают рассуждать о префигуративной культуре (М. Мид), построенной на доминировании поколения детей, у которых учится старшее поколение? Как окружающий современного человека «разлитой» травматический опыт (насилие, опыт экологических потрясений, локальных войн, вооруженных конфликтов и пр.), входящий в резонанс с различными болезненными историческими «впрыскиваниями» с давними корнями, но гораздо более динамичный по своему характеру может влиять на сдвиги в психической организации, структуре самосознания, наблюдающиеся у последующих поколений? Передача опыта Холокоста – явление, при глубоком изучении которого, удастся проникнуть в динамику культуры и ее структуры, в том числе и в культурно-историческую психологию, осознать фундаментальность культурного явления межпоколенческой трансмиссии, не связанного исключительно с темой еврейской национальной идентичности. Анализ передачи опыта одного поколения другому должен стать необходимым методологическим и смысловым моментом, введенным в основу каждого культурно-исторического клинико-психологического исследования.

#### Список литературы

*Александр Дж.* Смыслы социальной жизни: культурсоциология. М.: Праксис, 2013.

*Андреева Г.М.* К вопросу о кризисе идентичности в условиях социальных трансформаций// Психологические исследования (электр.журнал), 2011, № 6.

*Бейкер К., Гиппенрейтер Ю.Б.* Влияние сталинских репрессий конца 30-ых годов на жизнь семей в трех поколениях// Теория семейных систем Мюррея Боуэна. М., Когито\_Центр, 2005. С. 419-452.

*Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.* Психологическая концепция идентичности Э. Эриксона в зеркале личной истории автора (опыт исследования природы клинико-психологического знания). Монография. М.: ООО «ИПЦ «Маска»», 2011.

*Бурлакова Н.С., Олешкевич Е.В.* Травматический опыт Холокоста как часть исторической памяти и идентичности второго поколения//*Психология и психотехника*, 2014, № 9, с. 922-931 DOI10.7256/2070-8955.2014.9.12781

*Йейтс Ф.* Искусство памяти. СПб., 1997.

*История и память* / Под ред. Л.П. Репиной. М., 2006.

*Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 1998.

*Миллер А.* Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я. М., Корвет, 2012.

*Нора П.* Всемирное торжество памяти // *Неприкосновенный запас*. 2005. № 2–3.

*Соколова Е.Т.* Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // *Вопр. психол.* 2009. №1. С. 67–80.

*Тарабрина Н.В., Майн Н.В.* Феномен межпоколенческой передачи психической травмы// *Консультативная психология и психотерапия*, 2013, №3.

*Теория семейных систем Мюррея Боуэна.* М.: Когито\_Центр, 2005.

*Травма: пункты* / Сост. С. Ушакин, Е. Трубина, М., НЛЮ, 2009.

*Хальбвакс М.* Коллективная и историческая память // *Неприкосновенный запас*. 2005. № 2–3.

*Хаттон П.* История как искусство памяти. СПб., 2003.

*Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

*Adelman A.* Traumatic Memory and the Intergenerational Transmission of Holocaust Narratives. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1995, Yale University Press Vol. 50, p. 343-367.

*Barocas C., Barocas H.* Manifestations of Concentration Camp Effects on the Second Generation. *Amer. J. Psychiatry*, 1973, 130, 820-821.

*Danieli, Y. (Ed.).* International handbook of multigenerational legacies of trauma. N. Y., 1998: Plenum Press.

*Fonagy, P.* The transgenerational transmission of Holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment and Human Development*, 1999,1, 92–114.

*Freund, A.* A Canadian family talks about oma's life in Nazi Germany: Three-generational interviews and communicative memory. *Oral History Forum*, 2009,29, 1–26.

*Frie R.* Memory and Responsibility. *Navigating Identity and Shame in the German-Jewish Experience*. *Psychoanalytic Psychology*, 2012, Vol. 29, No. 2, 206–225.

*Gruenberg K., Rosental N.* Contaminated generativity: Holocaust survivors and their children in Germany.// *American J. of Psychoanalysis*, 2007, 67, 89-96.

*Hoffman, E.* *After such knowledge: Memory, history, and the legacy of the Holocaust*. New York, 2004: Public Affairs.

*Kellermann N.* Transmission of Holocaust Trauma. – National Israeli Center for Psychosocial Support of Survivors of the Holocaust and the Second Generation, 2000 [Http://www.yadvashem.org/yv/en/education/languages/dutch/pdf/kellermann.pdf](http://www.yadvashem.org/yv/en/education/languages/dutch/pdf/kellermann.pdf)

*Laub D., Auerhann N.* Reverberations of Genocide: Its Expression in the Conscious and Unconsciousness of Post-Holocaust Generations. In: Luel S., Marcus P., eds. *Psychoanalytical Reflections on the Holocaust: Selected Essays*. NY, KTAV. 1984. Pp. 151 – 167.

*Randolph L. Braham*, Ed. *The Psychological Perspectives of the Holocaust and of its Aftermath*. New York: Columbia University Press, 1988.

*Wardi D.* *Memorial Candles: Children of Holocaust*. Routledge, 1992.

**Особенности социально-психологической и психотерапевтической помощи семье с проблемой онкологического заболевания**

*Делеви В.С.*

*Медицинский университет РЕАВИЗ*

*Самара, Россия*

*delevi@mail.ru*

*Ключевые слова: онкология, семья, процессуальная терапия*

Любое тяжёлое хроническое заболевание, так или иначе, сказывается на остальных членах семьи больного.

Особая психологическая ситуация складывается в семьях, где существует проблема онкологического заболевания. Это обусловлено объективно существующим характером самого заболевания, а также, что очень важно, мифологией, исторически сопутствующей всему, что связано с онкологией. Несмотря на успехи онкологии в последние годы, относительно большое количество благоприятных исходов, существует устойчивое представление о раке как о болезни с неизбежным летальным исходом.

В последнее время имеется большое количество описаний и исследований психологического состояния больных раком, в том числе, периодизация восприятия больными своего заболевания. Это способствует повышению эффективности психологической помощи больным.

Это же касается и психологического состояния членов семьи больного и всей семьи как системы. Обратим внимание на некоторые важные аспекты процесса восприятия членами семьи факта онкологического заболевания в их семье.

Фаза получения первичной информации о болезни члена семьи. Есть своеобразие в семьях, которых уже, так или иначе, коснулась эта проблема: кто-то из родственников уже болел раком или умер от этой болезни и в тех, где это происходит впервые. Причем, говоря о семьях, необходимо иметь в виду широкий круг: не только ближайших родственников, но и дальних, имеющих не прямое родство. Когда речь идет об онкологическом заболевании, ДУХ, призрак этого заболевания и опасности этого заболевания настолько силен, что распространяется на большое фамильное поле.

В семьях, где кто-то из родственников был болен раком или умер от этого заболевания, даже если это было давно, или это был дальний родственник, всё равно призрак заболевания присутствует. Этот призрак часто не осознаётся, но он проявляется в отношении к болезни - к любой болезни, в нюансах поведения, причём даже в ситуациях, не связанных с болезнью, проявляются в виде более или менее заметных сигналов.

В такой семье, когда кто-то заболевает или только появляются первые, ещё спорные признаки какого бы то ни было заболевания, первой реакцией бывает настороженность по поводу причины заболевания.

Психологический фон семьи характеризуется следующими признаками.

Ощущение неизбежности, неотвратимости болезни. Это ощущение проявляется и на осознаваемом уровне, присутствует в качестве навязчивых мыслей, и на неосознанном, сновидческом уровне, в виде образов, спонтанно разыгрываемых сценариев, как правило, с негативным развитием и вызывающих чувства, которые принято считать негативными: тоску, страх, подавленность, обречённость и т.п. Обречённость связана с мыслями о том, что, рано или поздно, эта болезнь должна проявиться у кого-то из родственников и в постоянном неосознаваемом ожидании появления этого заболевания у кого-то из близких или у себя самого. Члены семьи больного испытывают страх, ощущение своего рода «родового проклятия». При этом страх болезни имеет двойственный характер:

страх – и неосознанное притяжение;

страх – и стремление избежать, избавиться от тревожащих мыслей о болезни и её неотвратимости.

Анализ динамики взаимоотношений в семьях, где есть больной онкологическим заболеванием, обнаруживает принципиальное сходство с динамикой взаимоотношений в семьях, где существует зависимость от психоактивных веществ и которые принято называть созависимыми.

Анализ существующих дефиниций созависимости позволяет выделить некоторые существенные параметры этого феномена:

1. Созависимость связана с нарушением возможности открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем.

2. На поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм.

3. Созависимость связана с выхолащиванием и обеднением эмоциональной сферы личности.

4. Созависимость выражается в перемещении фокуса ответственности и

контроля со своей жизни на жизнь другого человека.

5. Созависимость - это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

В семье, где есть человек с тяжелым, долго протекающим заболеванием, зачастую обостряются внутренние противоречия, нарастает количество и глубина взаимных претензий; начинают раздражать отдельные личностные особенности друг друга, которые раньше не замечались или не создавали неудобств. Причем на начальных этапах болезни это скрывается, не проявляется внешне, но у отдельных членов семьи актуализируются, часто на неосознаваемом уровне. Далее постепенно раздражение становится всё более осознанным, но его проявление вовне тщательно скрывается. При этом наличие такого раздражения вызывает чувство вины, так как, по общепринятым нормам, семейная трагедия должна спланивать членов семьи и побуждать к взаимной доброжелательности.

Терапия.

В процессе психотерапии (психологической помощи) членов семьи, где есть проблема онкологического заболевания, можно выделить несколько фаз, связанных с их отношением к психологической помощи.

Часто решающей становится 1 фаза. В этот период семьи в большинстве случаев отвергают помощь. (Здесь есть сходство с созависимыми, но часто ещё более выраженное). Это связано с их взглядом на своё состояние как незначимое по сравнению с состоянием больного, чувством вины перед больным. Они пытаются найти свою вину причинах заболевания и недостаточной помощи больному. При внимательном исследовании можно обнаружить у них неосознаваемую ими суицидальную настроенность как своеобразную форму наказания себя за происходящее.

В беседе с таким человеком нельзя ни в коем случае пытаться обесценивать, упрощать ситуацию, умалять тяжесть и значение болезни, явившейся причиной семейного стресса (высказывания типа: «Ну, что уж тут поделаешь...»).

Важно продемонстрировать искреннее понимание всей глубины горя. Важный и действенный довод: сохранив себя, вы сможете более эффективно помочь больному (то



есть направляем фокус внимания на больного, что соответствует переживанию самого члена семьи, но при этом создаём возможность ему позволить себе принять помощь, это становится оправданным и не противоречащим моральным нормам, как они их понимают). То же самое: сохранив доброжелательные взаимоотношения в семье, исключив взаимные обиды, обвинения, подозрения, тревоги, страх и т. п., вы в большей степени сохраните себя и с большей вероятностью сможете помочь больному, в том числе создав благоприятный повседневный эмоциональный фон для основного лечения и выздоровления. Даже в самой трагической ситуации, если больной находится в терминальной стадии и трагический исход объективно неизбежен, необходимо создание условий для наименее травматичного ухода.

Создание такого эмоционального фона чрезвычайно важно для всей семьи и каждого её члена в случае смерти больного. Это создаст базу для того, чтобы они могли справиться с тяжёлой психической травмой, названной А. Тадевосян термином «антропогенный психоэмоциональный стресс» (АПЭС). А. Тадевосян отметила в структуре АПЭС важное свойство – «его способность сохранять стрессовые события в виде психического эхо – «эхо-стрессор» (А. Тадевосян, 2011). Умение справляться с этим явлением создаёт возможность для продуктивного переживания последствий психотравмирующей ситуации, профилактики соматизации состояния членов семьи, облегчения переживания горя – не вытесняя его, а сумев его пережить, сохранив в памяти самого ушедшего человека и всё позитивное, с вязанное с ним. Очень важно помочь человеку сделать эти воспоминания для дальнейшей плодотворной жизни и развития.

При работе с больными детьми необходимо соблюдение следующего условия: работа должна быть направлена на то, чтобы изменить вектор стрессового влияния (воздействия) на ребёнка: помочь ему не погрузиться в переживание горя, а выявить, максимально актуализировать его творческие ресурсы. Это, помимо проявления творческих возможностей, поможет мобилизовать собственные ресурсы – интеллектуальные, эмоциональные и т.д. – для борьбы с болезнью и выздоровления. Необходимо, чтобы не создавалось, или уменьшалось, если оно есть, чувство обречённости, безысходности, фатальности. Это возможно только при условии создания

соответствующего семейного фона, основными признаками которого являются . Виды и средства психотерапии могут варьироваться на разных этапах работы.

На первом этапе, условно назовём его «скорая помощь» работа направлена на создание условий для понимания членами семьи необходимости помощи им самим. Далее, когда эта цель в большей или меньшей степени достигнута, можно перейти к обучению способам и приёмам, позволяющим справляться с конкретными, текущими психотравмирующими ситуациями, моментами. Здесь используются достаточно простые и доступные психотерапевтические техники (определённые виды дыхания, переключение внимания, визуализация и т.д.)

Когда понимание необходимости принятия психологической помощи становится осознанным и стабильным, люди убеждаются в необходимости психотерапевтической работы, овладевают какими-то элементарными психогигиеническими навыками, становится возможной более фундаментальная работа с проблемами. Эта работа подразумевает исследование глубинных причин происходящих процессов, возможностей и вариантов разрешения проблем, личностное развитие. Если говорить о психотерапевтических методах, необходимо учитывать своеобразие заболевания и описанные особенности отношения к нему членов семьи. Ситуация усугубляется, если больной – ребёнок. Характер психологической помощи ребёнку имеет свои особенности. Удельный вес рациональной терапии должен быть значительно меньше, чем при работе со взрослыми. При этом взрослые должны обратить внимание на искренность проявлений в общении с больным ребёнком, то есть не играть оптимизм, но действительно достичь этого состояния, быть в общении с ребёнком убедительным, что может быть основано только на собственной убеждённости.

Учитывая сложность психологических состояний больных, а также сложность психологического состояния членов их семей и отношений между ними, в психотерапии необходим интегративный подход, включающий всё многообразие методов и технологий психотерапии. один из новых, современных методов – метод процессуальной терапии, успешно зарекомендовавший себя, в частности, при работе с различными стрессовыми состояниями.

Процессуальная психотерапия – это направление, которое родилось как симбиоз юнгианской психологии и принципиальных положений квантовой физики и далее объединило многие психотерапевтические школы, беря из каждой самое ценное; кроме того, оно обращается к восточному взгляду на мир (к буддизму, даосизму). Автором этого подхода и метода является американский психолог, философ и физик Арнольд Минделл (Arnold Mindell) Процессуальная психотерапия исходит из того, что любую форму существования человека и связанных с этим проявлений, событий и отношений можно рассматривать как непрерывный, видоизменяющийся процесс. При этом любой происходящий с нами процесс содержит изначально заложенный в нём смысл.

Опишем содержание основных терминов процессуальной терапии.

Выделяют две формы процесса: **первичный и вторичный**.

Первичный – это то, с чем мы обычно отождествляемся, наши роли и поступки, которые мы осознаём и можем вербализовать.

Вторичный – то, с чем мы себя обычно не идентифицируем, то, что находится вне нашего осознания, но является источником большинства наших проблем: телесных, проблем во взаимоотношениях и т.д. Вторичный процесс – это непознанное нами в самих себе, часто отрицаемое и проецируемое на других, кого мы считаем виновниками наших проблем. Вторичный процесс содержит в себе огромный творческий потенциал. Задачей терапии в этом подходе является создание условий для увеличения осознанности пациента. Развитие осознанности поможет ему преодолеть **край** – опыт ограничений, препятствий в движении к чему-либо значимому, страхов и т.п.; край – это граница между тем, что кажется нам понятным, и тем, что пугает неизвестностью, непредсказуемостью, риском перемен. Преодоление края позволит интегрировать опыт вторичного процесса в повседневную жизнь и достичь эффективного проживания в соответствии со своими действительными потребностями. Край – это то место, где появляется возможность важных изменений.

Информацию о состоянии пациентов терапевт получает, наблюдая **сигналы**. Они могут проявляться в самых разных формах, например, в виде телесных проявлений, часто мало заметных; особенностей речи; умолчаний и так далее.

В настоящее время накоплен довольно обширный опыт процессуальной психотерапии онкологических больных на разных этапах заболевания – от психотерапии состояний, связанных со страхом возможного заболевания до помощи терминальным больным, в том числе, находящимся в коматозном состоянии. Разумеется, психологическая и психотерапевтическая работа на каждой из стадий имеет различные цели: от формирования преодолевающих копинг-стратегий, которые будут способствовать выздоровлению или, по крайней мере, продлению продуктивной жизни, до создания условий для минимизации страданий при неизбежном уходе (в терминальной стадии). Кроме того, важной составляющей психологической помощи онкологическому больному является психологическая реабилитация после этапа активного медицинского вмешательства с применением оперативных или иных специфических методов. Решающим достоинством процессуального подхода является то, что он позволяет больному осознать суть и глубинные причины болезни. В данном случае осознание связано не с простым накоплением информации, а с эмоциональным переживанием различных состояний, осмысления и переосмыслением своей идентичности, привычных установок и стереотипов, отношений, скрытых до сих пор от осознания мотивов и движущих сил, целей, инсайтами и т.п. Это обстоятельство чрезвычайно важно, учитывая специфичность заболевания, его экзистенциальный характер. Кроме того, важным, часто решающим является преодоление страха смерти и чувство обреченности. Это осознание создаёт новые возможности для преодоления стрессовой нагрузки, связанной с болезнью, что с большой вероятностью может способствовать выздоровлению, или, по крайней мере, существенному улучшению физического и эмоционального состояния и продлению активной жизни. Наряду с глубинной работой процессуальная терапия даёт возможность работы с телесными симптомами.

Процессуальная терапия показала эффективность при работе с семьями. В этом методе разработана методология терапевтической работы с отношениями в группе, в том числе, семейной группе, а также в парах, работа с конфликтами внутри групп. Метод позволяет выявить суть конфликтов и создать условия для их разрешения. Метод процессуальной терапии показал свою эффективность при работе с семьёй на каждом из

этапов: как инструмент профилактики, для психологического сопровождения в период протекания болезни у члена семьи на всех этапах – от узнавания ими диагноза до выздоровления, как средство психологической реабилитации после выздоровления больного вместе с реабилитацией самого больного, психологической реабилитации членов семьи в случае летального исхода заболевания. Метод располагает обширным набором средств, позволяющих обеспечить профессиональную гибкость в работе с любыми клиническими случаями.

### **Отношение к матери у девушек с нарушениями пищевого поведения**

**Макушина О.П., Власова С.В.**

*ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет»,*

*г. Воронеж, Россия*

*helga00@yandex.ru, polaris\_astrum@mail.ru*

*Ключевые слова: пищевое поведение, пищевые нарушения, отношение к матери, детско-материнские отношения*

В современном обществе с каждым днем растет число заболеваний, основными характеристиками которых являются нарушения пищевого поведения. В век продовольственного изобилия общество демонстрирует огромное разнообразие неоднозначных отношений с едой. Анорексия, булимия, компульсивное переедание – еще несколько лет назад эти термины были неизвестными для широкого круга людей, однако в современном обществе обсуждение пищевых расстройств и их последствий принимает пугающие масштабы. Одна из причин роста общественного интереса к данной теме – трагический итог, который могут иметь эти заболевания. В цивилизованных странах от одной только анорексии страдают две из ста девушек в возрасте от 12 до 24 лет. При этом одна треть, к сожалению, погибает. Что касается

нашей страны, сегодня от пищевых нарушений в России страдает каждая двадцатая девушка. Основная группа риска — девушки в возрасте от 12 до 24 лет, их среди больных примерно 90% [1]. И что самое печальное – цифры эти ежегодно растут.

Что же является причиной пищевых нарушений? Современные исследования убедительно показывают, что именно психологические факторы являются первопричиной возникновения данных проблем. Согласно Погонцевой Д. В., роль семьи, родителей и матери, в частности, тесно связана с развитием нарушений пищевого поведения на фоне сформированной неприязни своего тела у дочерей [5].

Необходимость изучения данной темы продиктована тем, что, несмотря на достаточное количество исследований в области нарушений пищевого поведения, в которых упор был сделан именно на психологические факторы развития недуга, такими авторами как И. Г. Малкина-Пых, Р. Комер, Е. Е. Балакирева и др., остаются нечетко обозначенными особенности самоотношения и отношения к матери, которые ведут к проблемам пищевого спектра у современных девушек. Многочисленные исследования вышеуказанных авторов иллюстрируют тот факт, что, избирая неверную тактику диалога с ребенком, мать, сама того не ведая, подталкивает своего ребенка к негармоничному, нездоровому восприятию себя в этом мире и влияет на самоотношение будущей женщины.

На отношение дочери к матери влияет характер межличностных взаимоотношений с ней, которые понимаются как субъективно переживаемые взаимосвязи между дочерью и матерью, проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых друг на друга в процессе совместной деятельности и общения. Эти отношения строятся на системе установок, ориентаций, ожиданий, стереотипов и др. диспозиций, через которые люди воспринимают и оценивают друг друга.

Плохие эмоциональные отношения с матерями увеличивают опасность того, что их дети в последующие годы будут иметь проблемы личностного характера и трудности в выстраивании межличностных отношений. Негативное отношение к матери, хранящее в себе огромное количество обиды и невысказанности, зачастую приводит девушек к деструктивному аутоагрессивному поведению, в первую очередь, к нарушениям

пищевого поведения.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [4].

Пищевое поведение включает в себя установки, привычки, формы поведения, а также эмоции, чувства, касающиеся еды, которые формируются у каждого человека в течение жизни и трудно поддаются изменениям и корректировке. Так как пищевая привычка представляет собой способ поведения, приобретающий характер потребности, она формирует устойчивую программу поведения, которой человек следует практически в любых условиях.

Одно из первых знакомств младенца с миром происходит через процесс питания. Новорожденного ребенка прикладывают к груди матери, он чувствует тепло ее тела, комфорт, защищенность и одновременно с этим насыщается – так закрепляется прочная связь между процессом принятия пищи и положительными эмоциями. Далее ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не будет играть столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят, обо мне заботятся» [4].

Также важно в жизни человека социальное значение еды. Питание с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднования различных событий, встреча с давними друзьями, шумное застолье, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, различные пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения.

Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда становится средством поддержания энергетического и пластического равновесия. Субъективно это потребность ощущается организмом как чувство голода. Однако, пищевая потребность,

будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности [3].

Наиболее распространенными и губительными видами пищевых нарушений являются нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

В своем исследовании мы сосредоточили внимание таких нарушениях пищевых паттернов как экстернальное, эмоциогенное и ограничительное пищевое поведение. Данные нарушения встречаются гораздо чаще, чем анорексия и булимия, протекают в более легкой форме и не рассматриваются как патологические нарушения, однако они также наносят серьезный психологический и организменный вред.

Экстернальный вид пищевого поведения своим названием обязан латинскому слову «externus», которое в переводе на русский означает «внешний». В основе экстернального пищевого поведения лежит особенное отношение к тому, как именно выглядит то или иное блюдо на столе. То есть огромную роль играют так называемые внешние признаки или стимулы, связанные с принятием пищи. Это может быть празднично сервированный стол, тонкий аромат готовящегося блюда, красиво оформленное на тарелке кушанье, просто витрина в супермаркете, заставленная всякими вкусностями. Все это вызывает в человеке желание поесть, даже если чувство голода отсутствует.

Про людей с экстернальным пищевым поведением можно смело сказать, что они «едят глазами». Однако, если желудок такого человека, оставаясь пустым, подает сигналы о том хозяину, последний может не обращать на это внимания. По сути, он



просто не понимает, что голоден (ведь в поле зрения нет ничего съедобного и по-настоящему интересного).

Таким образом, человека, страдающего экстернальным пищевым поведением, можно определить по следующим признакам:

1. Желание есть появляется всегда, когда в поле зрения попадает доступная еда.
2. Аппетит просыпается даже тогда, когда желудок ощущает себя сытым.
3. Чувство насыщения запаздывает во времени и приходит лишь тогда, когда желудок полностью заполнен.
4. Вид красиво оформленных блюд или продуктов в магазине вызывает желание тут же съесть их или купить, чтобы сделать это дома.

Другим типом нарушения пищевого поведения является эмоциогенное пищевое поведение. Такое нарушение встречается у людей любого пола с абсолютно нормальным весом. Стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что тревожен, раздражен и т. д. При эмоциогенном пищевом поведении человек «заедает» свой стресс. Для этого используются разные виды пищи, но в основном преобладают легкоусвояемые высококалорийные продукты, богатые углеводами и жирами (сладкое). Продукты питания для людей с эмоциогенным пищевым поведением являются своеобразным лекарством, так как приносят им не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Ограничительному пищевому поведению подвержены люди, буквально помешанные на всевозможных диетах и ограничениях в еде. В основе их горячего желания избавиться от лишнего веса лежит убеждение в том, что похудеть можно, занимаясь подсчетом калорий и сокращая их ежедневное потребление до минимума. В результате все сигналы, подаваемые организмом, такими людьми игнорируются.

Часто такие люди становятся жертвами того, что получило название «диетическая депрессия». Она возникает в связи с не прекращающимися периодами стресса, которым человек себя подвергает, недополучая что-то или, наоборот, получая сверх меры. Следствием такого состояния становятся излишняя раздражительность, нервозность, вспыльчивость, агрессивность и жуткое настроение.

Кроме того, человек с ограничительным пищевым поведением достаточно часто испытывает чувство стыда, также не придающее ему уверенности и чувства самодостаточности. Чувство вины вызывает подавленность, являясь причиной агрессивности и раздражительности [4].

Теперь необходимо обратиться к причинам появления расстройств питания. Как отмечалось нами ранее, многие аспекты самоотношения у девушек формируются на основе их взаимоотношений с матерью. Особенно это касается таких аспектов, как оценка собственной физической привлекательности и женственности, самопривязанность, уровень самопринятия и удовлетворенности собой в целом.

Что касается девушек с нарушениями пищевых паттернов поведения, их взаимоотношения с матерью складываются в большинстве случаев непростым образом. Соответственно, и отношение к матери часто несет на себе печать непонимания, прошлых обид и недосказанности. Наличие нарушения пищевого поведения обнажает и усиливает все сложности детско-материнских отношений.

У девушек с ограничительным и эмоциогенным пищевым поведением часто наблюдается подобная ситуация: властная и деспотичная мать постоянно подавляет волю детей и лишает их всякой инициативы. Такие матери отличаются, кроме того, большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия. Часто из-за нереализованных в прошлом возможностей они всю свою энергию и властность проявляют в семье. Мать ведет себя так, как будто желания и чувства дочери не важны, при этом от девушки постоянно требуют достижений, она растет с осознанием того, что материнскую любовь нужно заслужить. Отношение к такой матери у девушки часто характеризуется страхом и ненавистью в сочетании с сильнейшей привязанностью и зависимостью.

В этом случае отношения со своим телом и с едой становятся той единственной областью, с которой девушка может экспериментировать, делать собственный выбор и ни перед кем не нести за него ответственность. В самоотношении формируются такие черты, как неустойчивая самооценка, неприятие своих особенностей и отдельных черт, повышенная самокритичность. Девушка, стремясь к собственному представлению совершенства, переносит все лишения и самоистязания, не давая себе расслабиться. Весь

негатив, который она накапливает из семейной ситуации перерастает в аутоагрессию.

Другой крайностью является гиперопекающая мать, которая своей всеобъемлющей любовью привязывает к себе дочь, лишая ее возможности жить своей, отдельной от матери жизнью. Такой патологический материнско-дочерний симбиоз часто приводит девушку к страху перед взрослением. Нарушения пищевых паттернов в этом случае приводят девушку к тому, что она становится «больной и маленькой одновременно». В этом случае мать продолжает опекавать дочь, чувствуя свою незаменимость и значимость. Дочь, в свою очередь, испытывает благоговейный страх перед матерью, усиленный сильной психологической зависимостью от нее.

Отцы в семье, как правило, «находятся на вторых ролях» и обладают прямо противоположными чертами характера: они неактивны, мрачны, необщительны. Часто, еще будучи подростками, девушки уходят в болезнь, чтобы обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей. Уход в болезнь как бы снимает конфликтную ситуацию в семье, перенаправляя энергию родителей на ребенка.

По мере взросления, девушка может переживать эмоциональные взрывы, общение с матерью все чаще сопровождается скандалами, криками и сильными эмоциональными переживаниями. Отношение к матери может меняться вплоть до крайней ненависти и отвращения, что влияет на закрепление патологических пищевых паттернов и может привести к крайним формам их проявления – анорексии или булимии. При этом отношение к себе характеризуется самообвинением и неприятием своей женственности.

У девушек с экстернальным и частично эмоциогенным типами пищевого поведения в отношениях с матерью наблюдается следующая картина: с детства они чувствовали недостаток материнского тепла и контактов с матерью. Время, которое семья проводила за обеденным столом, часто являлось единственным средством коммуникации с членами семьи. Мать у таких девушек часто отличалась либо чрезмерной деспотичностью и контролем, либо непоследовательностью в поведении с дочерью. Отношения с матерью у девушек с экстернальным типом пищевого поведения часто натянутые. Враждебность во взаимоотношениях временами сменяется холодностью и отчужденностью. Девушка не чувствует поддержки от матери, не может доверить ей свои проблемы, отсутствует эмоциональная близость и здоровый детско-

родительский контакт. Привычка «заедать» эмоции часто становится причиной набора лишнего веса, что в свою очередь ведет к еще большей дистанции между дочерью и матерью. Лишний вес становится причиной комплексов, которые формируют у девушки заниженную самооценку, низкий уровень самопринятия и недовольство собой. Часто эти аспекты самоотношения возникают на фоне жалости к себе, ощущения своей слабости. Девушка винит мать в своей проблеме и перестает контролировать эмоциональные вспышки, возникающие все чаще. В результате чего их взаимоотношения окончательно портятся, а в отношении девушки к матери преобладающим чувством становится гнев [2]. От того, каким образом складываются отношения с матерями, зависит степень риска, увеличивающего вероятность развития нарушения пищевых паттернов у девушек. Отсутствие эмоциональной связи, привязанности и взаимопонимания между матерью и дочерью зачастую негативно влияет на отношение девушки к себе как личности, на принятие своих особенностей и способно привести девушек к проблемам, связанным с приемом пищи.

*Целью* нашего исследования является выявление особенностей отношения к матери у девушек с нарушениями пищевого поведения.

В качестве *гипотезы* исследования выступило предположение о том, что существуют некоторые аспекты, характеризующие отношение к матери у девушек с разными видами нарушений пищевого поведения.

Девушки с ограничительным пищевым поведением демонстрируют отношение к матери как проявляющей меньше позитивного интереса и более отстраненной по сравнению с отношением к матери у девушек без нарушений пищевого поведения. Девушки с эмоциогенным пищевым поведением проявляют отношение к матери как к более непоследовательной в воспитании, по сравнению с отношением к матери у девушек без нарушений пищевого поведения. Девушки с экстернальным пищевым поведением демонстрируют отношение к матери как к более критичной и соблюдающей большую дистанцию в отношениях с дочерью по сравнению с отношением к матери у девушек без нарушений пищевого поведения.

Общими аспектами, характеризующими все типы нарушений будут являться: отношение к матери как к более директивной и враждебной по сравнению с отношением

к матери у девушек без нарушений пищевого поведения. Мы предполагаем, что у девушек со смешанными типами пищевого поведения будут вариативно проявляться указанные нами признаки самоотношения и отношения к матери.

*Базой эмпирического исследования* выступил факультет философии и психологии ВГУ. Общий объем выборки составил 151 студентку 1, 2 и 3 курсов по специальностям Психология, Философия и Культурология возрастом от 17 до 19 лет.

В качестве методов исследования нами использовались следующие психодиагностические опросники.

1. С целью изучения отношения к матери у девушек нами был выбран опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера. Опросник предназначен для изучения отношения ребенка к матери и отцу. Эта методика была апробирована на подростках 13-19 лет в России. Возраст наших испытуемых находится в пределах 17-19 лет, что позволяет нам воспользоваться данной методикой в целях нашего исследования. Опросник используется в нашей работе для изучения установок, поведения и методов воспитания родителей так, как видят их дети. Основываясь на предмете нашего исследования, мы пользовались частью данной методики, направленной на изучение отношения к матери у девушек. Данная часть методики является полностью автономной, не требует дополнительных преобразований и может быть использована как отдельная методика. Основой служит опросник, который создал Е. Шафер в 1965г. Базируется эта методика на положении Е. Шафера о том, что воспитательное воздействие родителей (так, как это описывают дети) можно охарактеризовать при помощи трех факторных переменных: «принятие – эмоциональное отвержение», «психологический контроль – психологическая автономия», «скрытый контроль – открытый контроль». Под принятием здесь подразумевается безусловно положительное отношение к ребенку вне зависимости от исходных ожиданий родителей. Эмоциональное же отвержение рассматривается как отрицательное отношение к ребенку, отсутствие к нему любви и уважения, а порою и просто враждебность. Понятие психологического контроля обозначает как определенное давление и преднамеренное руководство детьми, так и степень последовательности в осуществлении воспитательных принципов.

2. Для диагностики пищевых нарушений нами использовался Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ). Данный опросник был создан в 1986 году голландскими психологами на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Полученные данные обрабатывались методами математической статистики. В частности, для выявления различий между выборками нами использовался t-критерий Стьюдента.

По результатам проведенной нами методики исследования отношения девушек к их матерям с помощью опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера мы получили следующие уровни выраженности аспектов отношения к матери, определяемых нижеперечисленными шкалами (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты исследования отношения к матери  
по всей выборке

Шкалы	Низкий уровень, %	Норма, %	Высокий уровень, %
1. Позитивный интерес	60,3	21,2	18,5
2. Директивность	6,6	26,5	66,9
3. Враждебность	14,6	18,5	66,9
4. Автономность	16,5	63,6	19,9
5. Непоследовательность	7,9	41,1	51
6. Фактор близости	53	29,1	17,9
7. Фактор критики	15,9	15,2	68,9

Из полученных данных мы можем увидеть, что большинство испытуемых демонстрирует отношение к матери как к проявляющей недостаточно позитивного интереса по отношению к дочери, не находящейся в непосредственной близости, хотя и

контролирующей проблемы и личную жизнь своего ребенка. Девушки относятся к матери как к враждебной, директивной, чрезмерно строгой и критикующей, демонстрирующей холодность и подозрительное отношение к семейной среде. Кроме того, отношение к матери у большинства девушек характеризуется относительной автономностью матерей от состояния и требований детей. Мать характеризуется большинством испытуемых как непоследовательная в своем поведении, резко меняющая стиль воспитания, переходя от очень строгого к либеральному, от психологического принятия дочери к эмоциональному ее отвержению.

В результате использования Голландского опросника пищевого поведения мы получили следующие группы, отражающие наличие разных видов пищевых нарушений по всей выборке (Таблица 2).

Таблица 2

Наличие нарушений пищевого поведения по всей выборке

Пищевые нарушения	Количество испытуемых, показавших данный результат	Количество испытуемых, показавших данный результат, в %
Отсутствуют	28	18,6
Ограничительное поведение	32	21,2
Эмоциогенное	31	20,5
Экстернальное	31	20,5
Эмоциогенное и экстернальное	16	10,6
Ограничительное и экстернальное	13	8,6

Исходя из данных таблицы и рисунка, можно увидеть, что наибольшее количество испытуемых получило высокие результаты по трем шкалам: ограничительное пищевое поведение (21%) эмоциогенное (20,5%) и экстернальное пищевое поведение (20,5%).

Девушки с ограничительным пищевым поведением имеют склонность строго контролировать количество и калорийность потребляемой пищи. Они часто ограничивают себя в питании, игнорируя внутренние сигналы голода (или жажды) и придерживаются достаточно строгих режимов питания, которые, как предполагается, приведут к потере веса, либо к его удержанию.

Для девушек с эмоциогенным пищевым поведением стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Часто они «заедают» свои волнения, несчастья и стрессы, выбирая для этого в основном легкоусвояемые высококалорийные продукты, богатые углеводами и жирами (пирожные, мороженое, пирожки, конфеты, торты, шоколад).

У испытуемых с экстернальным пищевым поведением желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом или видом других людей, принимающих пищу.

У 18,6% участников не обнаружено каких-либо пищевых нарушений. Для них еда является в первую очередь средством утоления голода и поддержания жизненных сил. Однако при этом не исключается возможность желания этих девушек сесть на диету, сбросить пару лишних килограммов или, наоборот, желание побаловать себя чем-то вкусным.

У 10,6% участников обнаружилось и эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение. По шкале ограничительного и экстернального пищевого поведения обнаружены высокие результаты у 8,6% испытуемых. Такие результаты объясняются тем, что нередко одни нарушения пищевых паттернов ведут за собой другие нарушения. Сильные эмоции могут подтолкнуть девушку к периоду продолжительного переедания. После обильного количества съеденной пищи возникают негативные эмоции, связанные с осуждением себя, страхом поправиться, которые могут привести к другой крайности – жесткой диете.

Теперь наглядно обозначим выявленные аспекты отношения к матери у девушек с разными видами пищевых нарушений (Таблица 3).



Таблица 3

Средние значения показателей отношения к матери по разным шкалам  
у девушек с разными видами пищевых нарушений

Пищевые нарушения	Средние значения показателей отношения к матери по разным шкалам						
	позитивный интерес	директивность	враждебность	автономность	непоследовательность	фактор близости	фактор критики
Отсутствие уют	4	2,6	1,8	2,9	2,9	4,2	1,9
Ограничительное	2,1	4,3	4,3	3,7	3,8	1,8	4,5
Эмоциональное	2,3	4,4	3,9	3,3	3,9	2,6	4,5
Экстернальное	1,8	4,1	4,3	2,9	4,3	2,3	4,2
Эмоциональное и экстернальное	2,1	4,6	4,4	3,4	4,4	2,2	4
Ограничительное и экстернальное	2,3	4,3	3,9	3,3	3,6	1,3	4,4
Все нарушения	2,1	4,4	4,3	3,1	3,8	2,2	4,3

Результаты статистической обработки данных с использованием t-критерия Стьюдента приведены в Таблице 4.

Статистические различия в отношении к матери  
у девушек с разными видами пищевых нарушений

Группы	Без нарушений и ограничительное пищевое поведение	Без нарушений и эмоциональное пищевое поведение	Без нарушений и экстернальное пищевое поведение	Без нарушений и эмоциональное и экстернальное пищевое поведение	Без нарушений и ограничительное и экстернальное пищевое поведение	Без нарушений с нарушениями пищевого поведения
	$t_{\alpha 0,0} = 2,006,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,673$	$t_{\alpha 0,0} = 2,006,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,673$	$t_{\alpha 0,0} = 2,006,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,673$	$t_{\alpha 0,0} = 2,023,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,709$	$t_{\alpha 0,0} = 2,034,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,732$	$t_{\alpha 0,0} = 1,960,$ $t_{\alpha 0,01} = 2,578$
	$T_{эм}$ $n$	$t_{эмп}$ $n$	$t_{эмп}$ $n$	$t_{эмп}$ $n$	$T_{эм}$ $n$	$t_{эмп}$ $n$
Шк алы						
1. Позитивный интерес	8,2* *	7,5* *	10,5 **	7,3* *	6,6* *	10,9 **
2. Директивность	8,7* *	10* *	7,8* *	9,7* *	6,7* *	11,6 **
3. Враждебность	11,1 **	10* *	11,3 **	10,2 **	6,9* *	12,4 **
4.А	1,2	0,2	1,6	1,3	0,2	1,1

ВТО- номность						
5.Н эпос- ледова- тельность	4,7*	4,6*	5,3*	5,4*	2,7*	5,6*
	*	*	*	*	*	*
6.Ф актор близости	13,2	8,1*	10,9	9,6*	13,7	12,6
	**	*	**	*	**	**
7.Ф актор критики	15,4	15,4	12,7	9,6*	10,9	16,7
	**	**	**	*	**	**

\*\* – при  $t_{эмп} > t_{\alpha 0,01}$

\* – при  $t_{эмп} > t_{\alpha 0,05}$

Из таблиц видно, как похожи показатели отношения к матери у девушек с разными пищевыми нарушениями, и насколько эти показатели отличаются от демонстрируемых группой без нарушений пищевого поведения. У группы девушек без нарушений пищевого поведения мы видим следующую картину: они относятся к матери как к проявляющей позитивный интерес, основанный на психологическом принятии, соблюдающей близкую дистанцию с дочерью, проявляющей участие в жизни дочери. При этом отмечается низкий уровень враждебности и критики. Мать оценивается как проявляющая умеренную директивность и строгость, дающая достаточную автономность дочерям и последовательная, но не слепо принципиальная в установлении правил. Все это является иллюстрацией здоровых и доверительных взаимоотношений между матерями и дочерьми, и как следствие – отсутствие проблем в пищевом поведении последних.

У девушек с ограничительным пищевым поведением мы видим иную ситуацию. Девушки относятся к матери как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, при этом резко

критикующей ее, проявляющей директивность, строгость, враждебность по отношению к дочери. При этом мать оценивается как дающая достаточную автономию дочерям и последовательная, но не слепо принципиальная в установлении правил.

Все эти особенности отношения к матери могут отражать довольно отстраненные и холодные детско-родительские взаимоотношения. Критика и повышенная требовательность, которую ощущает дочь со стороны матери, возможно, нашли отражение в повышенной самокритике, желании соответствовать идеалам и стремлении похудеть – характерных особенностях девушек с данным типом пищевого поведения.

Девушки с эмоциогенным пищевым поведением относятся к матери как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, дающей ей достаточно свободы, однако критикующей ее, проявляющей директивность, строгость, враждебность по отношению к дочери. Кроме того, мать оценивается ими как непоследовательная в поведении, непредсказуемая и демонстрирующая резкие переходы от психологического принятия дочери к эмоциональному ее отвержению. Все эти особенности могут быть причинами неблагоприятного психологического климата в семье, что сказывается на эмоционально чувствительных девушках и заставляет их прибегать к еде как к средству успокоения.

Девушки с экстернальным пищевым поведением относятся к матери как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, критикующей ее, проявляющей директивность, строгость, враждебность и непоследовательность в поведении. На фоне такого отношения к матери, она отмечается девушками как дающая достаточно свободы, снисходительная, нетребовательная. Эти особенности могут являться причиной переедания девушек. Чувствуя отсутствие материнского интереса к себе, испытывая психологическое давление, и ощущая при этом неограниченность в действиях, такие девушки все чаще прибегают к перееданию, пытаясь заглушить потребности в материнском принятии и поддержке.

Девушки с эмоциогенным и экстернальным пищевым поведением относятся к матери похожим образом: как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, критикующей ее,

проявляющей директивность, враждебность и непоследовательность в поведении, однако дающей достаточно свободы. Такое отношение к матери отражает неблагоприятные детско-родительские взаимоотношения, следствием чего может быть привычка заедать сильные эмоции, а не обсуждать их с мамой.

У девушек с ограничительным и экстернальным пищевым поведением мы видим несколько иную картину. Они также относятся к матери как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, при этом резко критикующей ее, проявляющей директивность, строгость, враждебность по отношению к дочери. Однако при этом мать оценивается как дающая достаточную автономность дочерям и последовательная, но не слепо принципиальная в установлении правил. Все эти особенности отношения к матери отражают достаточно холодные и отстраненные детско-материнские отношения. Возможно поэтому девушки испытывают потребности съесть больше, чем им необходимо. Несмотря на это, страх поправиться и получить критические отзывы от матери, заставляют девушек строго ограничивать себя в еде.

Рассмотрев группу девушек с нарушениями пищевого поведения в целом, мы можем отметить следующее: в основном они относятся к матери похожим образом: как к демонстрирующей недостаточно позитивного интереса и принятия, соблюдающей дистанцию в отношениях с дочерью, критикующей ее, проявляющей директивность, враждебность и непоследовательность в поведении, однако дающей достаточно свободы. Такое отношение к матери отражает неблагоприятные детско-родительские взаимоотношения, следствием чего могут являться нарушения пищевого поведения. Девушки по-разному выстраивают свое отношение к пище, однако общей тенденцией выступает замещение едой либо мыслями о еде потребности в тепле, принятии и одобрении.

Результаты исследования дают нам возможность сделать следующие выводы:

1. Мы обнаружили, что и в самоотношении, и в отношении к матери у девушек с нарушениями пищевого поведения наблюдаются значительные различия в сравнении с девушками без таковых нарушений.

2. У девушек с ограничительным, эмоциогенным и экстернальным типами нарушений пищевого поведения наблюдается довольно сходная картина, характеризующая их отношение к матери. Девушки с ограничительным, эмоциогенным и экстернальным типами пищевого поведения демонстрируют отношение к матери как проявляющей меньше позитивного интереса, более директивной и враждебной, более отстраненной, более непоследовательной в воспитании, более критичной и соблюдающей большую дистанцию в отношениях с дочерью по сравнению с отношением к матери у девушек без нарушений пищевого поведения.

5. У девушек со смешанными типами пищевого поведения, а именно: эмоциогенным и экстернальным, ограничительным и экстернальным, вариативно проявляются все указанные нами аспекты отношения к матери, характерные для групп с нарушениями пищевого поведения.

Практическим выходом результатов данного исследования выступает осознание необходимости углубленного анализа ключевых причин возникновения нарушения пищевого поведения у девушек, таких как социальные и психологические причины, и коррекция их влияния на пищевое поведение. Учет роли отношения девушки к себе и ее взаимоотношений с матерью требует пересмотра подходов к профилактике и терапии пищевых нарушений. В ряде случаев психологическую помощь таким девушкам следует начинать с коррекции внутрисемейных, детско-материнских отношений.

#### Список литературы

1. Андреева Н. Ю. Психологические подходы к профилактике зависимостей среди подростков и молодежи / Н. Ю. Андреева // Материалы областной научно-практической конференции «Здоровый образ жизни: теория и практика». – Костанай, 2003. – С. 43–47.
2. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева. – Москва : Изд-во НПО «МОДЭК», 2002. – 240 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эскмо, 2007. – 256с. (С. 17-20).

4. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения (Справочник практического психолога) / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2007. – 1040 с.
5. Погонцева Д. В. Мать как образ женской красоты у женщин / Д. В. Погонцева // Гуманитарные научные исследования. – Сентябрь, 2011. – №1 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2011/09/61>

### **Системные аспекты профилактики суицидального поведения у подростков**

*Медведев С.Э., Бутома Б.Г.*

*Отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных  
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева г. Санкт-Петербург, Россия  
sem2001@bk.ru*

*Аннотация. Современная профилактика подростковых суицидов требует системной организации взаимодействия специалистов работающих в сфере социальной и психологической помощи и модернизации службы психического здоровья с активным участием самих пациентов и их социального окружения.*

*Ключевые слова: суицид, психотерапия, системный подход, профилактика.*

Системная теория утверждает, что любое поведение в присутствии другого является коммуникацией. Таким образом, акты агрессии и аутоагрессии так же являются коммуникационными актами. Очевидной трудностью анализа случаев завершенного суицида является отсутствие возможности контакта с суицидентом. Недостаточная информированность части населения и некоторых социальных институтов приводит к

формированию негативного и нетолерантного отношения к их семьям. В связи с тем, что имеется устойчивая тенденция обвинения семьи, родители и близкие суицидента зачастую не получают поддержки и даже становятся объектами упреков и подозрений. Часта практика необоснованного возбуждения уголовных дел, приводящая к блокированию контактов членов семьи с помогающими службами и препятствующая получению достоверной психологической информации.

По данным Генпрокуратуры РФ (<http://svpressa.ru>) 62% самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями. То есть проблемы возникают в отношениях с взрослыми людьми. Из-за конфликтов со сверстниками и по любовным причинам дети кончают с собой в 13,6% случаев. Еще реже причиной становится конфликт с одноклассниками.

Нами был проведен анонимный опрос 54 помогающих специалистов. Состав испытуемых – 54 специалиста. Из них семь (13%) психотерапевтов, 19 (35%) психологов и 28 (52%) социальных педагогов.

Было предложено два вопроса:

– В чем причина?

– Что делать?

Ответы распределились следующим образом:

Причины видели в семье 25%, в отношениях с другими взрослыми 37,5%, в личности ребенка 25%, а в трудностях отношений со сверстниками – 12,5%.

Предложения по поводу преодоления сложившейся ситуации объединялись в аналогичные группы. Предлагалось работать с семьей в 16%, с отношениями с взрослыми внешнего окружения в 24%, с личностью ребенка в 52%, а с трудностями отношений со сверстниками – 8% ответов.

Обобщая результаты можно отметить характерную тенденцию, отражающуюся в реальной практической деятельности помогающей службы. В оценке причин помогающие специалисты близки к статистике генпрокуратуры: основную часть трудностей в жизни детей составляют отношения с взрослыми, как внутри семьи, так и



во внесемейном окружении. Парадоксально, акцент в работе, направленной на преодоление трудностей и профилактику суицидального поведения будет сделан на коррекцию личности ребенка.

В отечественной практике широко применяется лечение детей до 15 лет в закрытых стационарах. По официальной статистике сроки госпитализации составляют в среднем до 60-70 дней. Круглосуточное наблюдение гарантирует безопасность жизни ребенка, но может приводить его к формированию экстернального локуса контроля. Отсутствие активной вовлеченности родителей в процесс преодоления трудностей взаимодействия с «проблемным» ребенком приводит к формированию у них обученной беспомощности.

Следует также предположить снижение информативности данных инструментальных исследований, получаемых в условиях закрытого стационара.

Выводы.

Представляется необходимым:

- организовать системное взаимодействие помогающих специалистов;
- отработать механизмы психологической помощи и профилактики эмоционального сгорания психолого-педагогического состава психолого-педагогических учреждений;
- создать систему эффективного общественного контроля над деятельностью закрытых психиатрических учреждений с последующей их модернизацией в современном реабилитационном формате.

### **Литература**

1. Бейтсон Г. Экология разума: избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии: пер. с англ. – М.: Смысл, 2000. – 476 с.
2. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Пер с англ. И. Темирбулатова, Д. Шукурова. – Глобальная инициатива в психиатрии. – 2011. – 296 с.
3. Коцюбинский А.П., Гусева О.В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. – СПб.: СпецЛит. 2013. – 287 с.

4. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная реабилитация при психических расстройствах (системные и трансгенерационные аспекты) / Трансляционная медицина – инновационный путь развития психиатрии: тезисы конф. 19-21 сентября 2013 г. Под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова — Самара, 2013. – С.70-71.

5. Назаретян А.П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории (Синергетика – психология – прогнозирование). – Москва: Мир, 2004. – 368 с.

6. Шлиппе А. фон, Швайтцер Й. Системные интервенции. – СПб.: Издательство Вернера Регена. Немецкая школа коучинга и медиации; Gera: VWR-Verlag, 2013. – 184 с.

7. Seikkula J., Olson M.E. Family process. – FPI. – 2003. – Vol 42. – 3. – С. 404-418.

### **Проект «Клуб приемных родителей» как фактор долгосрочного целевого многофункционального сопровождения семей, растящих приемных детей**

***Минайчева Н.В.***

*ГАОУ ВПО Московский институт открытого образования; ГБУ Московская служба психологической помощи населению г. Москва, Россия  
nminaycheva@yandex.ru*

*Аннотация. В статье обобщается многолетний опыт автора, участвовавшего в разработке проекта и организации работы «Клуба приемных родителей» на базе территориального отдела ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» в ЗелАО. Рассматриваются актуальные проблемы, с которыми сталкиваются приемные родители на стадии адаптации ребенка в замещающей семье, возможные варианты их эффективного разрешения.*

*Ключевые слова: приемные родители, ребенок, опека, замещающая семья, адаптация, психологическая помощь, комплексное сопровождение.*

В последнее время вопросы профилактики социального сиротства в России вошли в число приоритетных социально значимых задач. Сегодня практически ни у кого не возникает сомнений в том, что семье с приемными детьми необходимо комплексное сопровождение и специфическая психологическая поддержка. Специализированная подготовка граждан, выразивших желание стать замещающими родителями из необязательного дополнения к процессу оформления необходимых документов, наконец превратилась в приоритетный процесс, на котором строится принятие решения об усыновлении. Это обусловлено тем, что люди, желающие растить приемного ребенка, зачастую не представляют, какие изменения ждут их семью, с какими трудностями им придется столкнуться, в результате чего семья может не справиться с задачей создания благоприятных условий для развития приемного ребенка, удовлетворения его базовых потребностей. Опыт показывает, что нередки случаи, когда при возникновении сложных жизненных и конфликтных ситуаций приемные родители и опекуны отказываются от ребенка, прерывая его размещение в семье. Прохождение подготовки дает возможность кандидатам в замещающие родители более взвешенно и осознанно принять решение о приеме ребенка в семью. Знание психолого-педагогических основ родительства позволяет взглянуть на организацию взаимоотношений в семье, как на воспитательную среду, создать микроклимат, способствующий формированию доверительных отношений между всеми ее членами.

Разумеется, родительству невозможно научить. Это состояние можно только прожить. Появляется ребенок, и все накопленные за жизнь знания, весь опыт и все навыки оказываются недостаточными для того, чтобы порой справиться с его «малышовой» проблемой, ответить на, казалось бы, пустяковый вопрос. И все-таки приемные родители оказываются сильнее страха и сомнений, сильнее бюрократических барьеров и чиновного безразличия – в борьбе за счастье свое и своего ребенка, который еще вчера был общим, а теперь уже свой, родной и самый любимый. Наш опыт показывает, что компетентность в методологии родительской психологии проявляется в устойчивой

мотивации замещающих родителей, в успешном формировании и развитии личности приемного ребенка, в знании и понимании приемными родителями, что воспитательном процессе «личность формирует личность» [4]

Анализ многочисленных программ обучения приемных родителей показывает, что основное место в подготовке отводится психологическим вопросам построения взаимодействия в диаде «приемный родитель – ребенок», раскрывающим основы воспитания ребенка-сироты. При этом базовым элементом процесса обучения является общение, направленное на развитие психического мира ребенка, как своеобразного сплава общественного и индивидуального в бытии человека [5]. Общение, как передача жизненного опыта, знаний не только в предметной но и в духовной сфере, задает ориентиры социальной адаптации в обществе, семье, способствует самораскрытию и укрепляет доверие ребенка не только к значимым Другим, но и к собственному Я. Можно утверждать, что при всем многообразии, программы подготовки объединены главной целью – минимизировать риск возникновения деструктивных отношений в диаде «приемный родитель – ребенок». Программы обучения направлены на информирование потенциальных родителей об особенностях поведения и чувствах детей-сирот, а так же предполагают формирование у них установки на осознание необходимости управления своим поведением как показателя социально-психологической зрелости личности.

«Психологическая Школа приемных родителей» - обучающая программа разработанная в Московской службе психологической помощи населению регулярно проводится с 2007 г. во всех административных округах Москвы. Практической основой выводов и рекомендаций приведенных в статье стал пятилетний опыт автора, принимавшего активное участие в организации и работе Школы в ЗеоАО и удостоенного за эту деятельность звания лауреата XIV Национального конкурса «Золотая Психея» в номинации « Проект года в психологическом образовании».

Опыт выпуска первой же группы, проходившей у нас подготовку, показал, что как бы максимально полно мы не старались информировать своих слушателей, вопросов после окончания Школы у них остается больше, чем появляется ответов. И еще страх перед будущим и неуверенность в своих силах. Именно это поставило перед

сотрудниками отдела в ЗелАО главный вопрос: «А что же дальше?» Сможем ли мы оставить этих людей, с которыми мы проработали три месяца, в проблемы которых мы были включены, наедине с их страхами и заботами?

О важности комплексного сопровождения семей самых разных категорий говорится уже не один год. На уровне города и округов выстраивается и развивается система межведомственного взаимодействия по преодолению социального сиротства, по сопровождению приемных и патронатных семей, семей попавших в группу риска, создаются экспериментальные и методические площадки и т.п. Это важная работа, которая, несомненно, со временем даст положительный результат. Но наши первые 12 выпускников, из которых 8 к моменту выпуска имели приемных детишек, как быть с ними? Чем именно мы можем помочь этим конкретным людям, не дожидаясь судьбоносных правительственных решений. Мы остановились на идее Клуба для приемных родителей как форме постшкольного психологического сопровождения семей с приемными.

Идея Клуба приемных родителей совсем не нова. В разных территориальных отделах Службы предпринимались попытки такие клубы организовать. Предпринимались и постепенно угасали. Но мы все же решили попробовать. Параллельно с занятиями второй группы Школы мы приступили к изучению клубного опыта коллег. И ознакомившись с ним, поняли, что мы делать не будем. Все программы родительских клубов, которые мы проанализировали, были жестко структурированы и по формату напоминали стандартные тренинг-семинары. Это вызвало сомнения в том, что такой подход будет оптимальным для пространства нашего Клуба. Ведь во время занятий в Школе мы уже проинформировали слушателей по самому широкому спектру вопросов, касающихся приемного родительства, и многое дали почувствовать на собственном опыте в процессе практикума. Мы обучали наших слушателей, как максимально комфортно пройти адаптационный период, как правильно реагировать на те, или иные особенности поведения детей. Рассказывали, с какими трудностями они могут столкнуться и как с ними справляться, говорили о типичных родительских ошибках, ожиданиях и разочарованиях. Помогали реально оценить свои силы и возможности принятия ребенка в семью. Мы стремились максимально широко ориентировать

будущих приемных родителей по всему спектру проблем, с которыми они столкнутся в процессе адаптации. А главное, стремились помочь осознать мотивы, которые ими движут. Как показывает практика, желание взять в семью ребенка может возникнуть по самым разным причинам: от потребности наполнить свою жизнь новым смыслом до стремления решить собственные психологические или бытовые проблемы.

Казалось бы, когда человек предупрежден — он вооружен, по крайней мере, не должно быть той беспомощности и испуга, с которыми сталкиваются семьи, не прошедшие курса Школы приемных родителей. Опыт показывает иное. В семье появляется собственный выстраданный и вымечтанный малыш и уровень тревожности у родителей зашкаливает. Различия между теорией и личным опытом фрустрируют многих. На старте приемным родителям кажется, что главное — это договориться между собой, принять решение и пройти все круги бюрократических процедур. Они даже не догадываются, что, с обретением долгожданного чада, их проблемы только начинаются. Что же происходит? Полтора - два месяца ребенок ведет себя идеально, он всячески старается расположить родителей к себе. На самом деле это — период адаптации, который мы называем «пусканием корней». Затем, когда ребенок получает вербальное и невербальное подкрепление, что его позиции достаточно укреплены, он начинает предъявлять приемным родителям все те претензии, которые успел накопить за свою маленькую чудовищно обездоленную жизнь. И к кровным родителям, и к тем, кто за ним ухаживал, и к социуму в целом... Кровные родители, с которыми ребенок провел первые годы жизни и лишенные родительских прав, могут идеализироваться ребенком. Приемные родители зачастую бывают к таким переменам не готовы, они не понимают, что же произошло со вчерашним ангелочком... И новые лекции вряд ли помогут.

Разумеется, можно, предложить индивидуальное психологическое консультирование и эффект его вполне очевиден. И все же мы предпочли иной путь – работу по принципу «научись помогать себе сам». Разбираясь с собственными проблемами, наши бывшие слушатели помогают и поддерживают друг друга. Под чутким наблюдением и при помощи психологов, разумеется. Мы решили делать «Клуб приемных родителей» интерактивным, изначально не загонять его в жесткие тематические и временные рамки, а следовать за потребностями конкретных участников Клуба и их семей.

Поэтому клубное пространство поделено на две приблизительно равные части: в первой половине каждой встречи ведущие представляют какую-либо конкретную тему, волнующую большинство приемных родителей. Они кратко знакомят участников с информацией по этому вопросу, а потом предлагают поделиться мнениями или личным опытом, с ним связанным. И подбирают упражнения, которые позволили бы на практике попробовать найти выход из непростой ситуации, «на собственной шкуре» ощутить, что чувствуют другие вовлеченные в нее люди, и главное – их дети, осознать и принять собственные чувства. А после чаепития, которое само по себе тоже очень важно, родителям предоставляется возможность поделиться новостями, обменяться опытом или запросить помощи группы, если возникли неразрешимые собственными силами проблемы. Ведущие выступают здесь как модераторы, умело направляя обсуждение, и иногда снижая накал страстей, ведь равнодушных во время клубных встреч не бывает. Мы начинали работу Клуба в августе 2009 года в период отпусков. Однако потребность наших слушателей в общении и поддержке была столь очевидной, что мы решили не откладывать. Установили регламент клубных встреч: 1 раз в месяц по три с половиной часа, путем опроса потенциальных участников Клуба выбрали первую тему. И стартовали, пугаясь собственной храбрости... Клуб приемных родителей существует и поныне. Программа не только выжила и доказала свою актуальность, но в процессе развития и нас научила многому, дала возможность найти новые решения, позволяющие эффективно помогать приемным родителям справляться с их непростыми ситуациями. Заставила теснее взаимодействовать со всеми городскими структурами, вовлеченными в межведомственное взаимодействие по преодолению социального сиротства.

Еще в процессе обучения в Школе или практически сразу после него многие семьи взяли приемных детей, и мы уверены, что они сделали это более осознанно, чем до прихода к нам. Сегодня большинство наших выпускников - это сплоченная группа единомышленников. На клубных встречах они обмениваются информацией, приобретают новые знания и навыки, необходимые для воспитания приемного ребенка, делятся не только тревогами, но и своим позитивным опытом, пусть маленькими, но собственными «ноу-хау», которые, если это касается дорогого тебе человечка, важнее любых грандиозных открытий.

Одно из достоинств Клуба — атмосфера доверия. Наши встречи проходят в небольшой группе, где у каждого есть возможность поделиться собственным мнением, спросить о наболевшем и получить ответы. Подготовка и сбор документов, изучение базы данных, первые визиты в Дом малютки или интернат – где еще можно поделиться своими впечатлениями в кругу единомышленников и найти поддержку? Живое общение порой оказывается не менее важными, чем методические рекомендации. Пищу для жаркого обсуждения приносят и специально подобранные фильмы – о жизни малышей в Доме малютки, о том, как меняются дети, когда попадают в семью. Некоторые кадры так пронзительно-реалистичны, что их невозможно забыть: как на конвейере ждут своей очереди государственные дети – ловкими движениями одного за другим пеленает их медицинская сестра и уходит, оставляя без внимания крики и капризы, потребность в маминой ласке и человеческом тепле. Здесь не до нежностей – эти дети с первых дней должны привыкать к самостоятельности!

Клуб является незаменимой информационной и психологической базой. По просьбе участников мы приглашаем на встречи самых разных специалистов. Разумеется, главным направлением клубной программы остается психологический аспект этого сложного процесса, но не оставлены без внимания и смежные: экономические, юридические и медицинские вопросы, тема игротехники. Не секрет, что на определенных этапах своего развития ребенок познает мир через игру, и сделать ее не просто интересной, но познавательной – не обладая специальными навыками непросто. А в случае с приемными детьми, у которых в силу вполне понятных причин может быть отставание в развитии – это самая эффективная и безопасная форма коррекции, доступная семье. Неизменной популярностью пользуется у наших участников специалист по игротехнике, который обучает родителей, как правильно играть с детьми, чтобы облегчить процесс адаптации ребенка в семье, снять эмоциональное напряжение и рассеять страхи малыша.

За время работы Клуба его гостями были социальные работники, сотрудники муниципалитетов из ООП и комиссий по делам несовершеннолетних, поскольку проблемы, связанные с алкогольной и наркотической зависимостью, наследственная предрасположенность к ним по вполне понятным причинам интересуют многих



приемных родителей. Очень полезным нам представляется участие в клубных встречах медиков - проблемы со здоровьем и снятием диагнозов актуальны для приемных детишек. Коллеги из окружного управления ДСМП как правило, рассказывают о различных материальных льготах и выплатах, социальных программах, в которых не всем родителям просто разобраться самостоятельно. Когда на привычной для себя территории, которой является пространство Клуба, приемные родители знакомятся с представителями окружных управлений, муниципалитетов, то в последствии им значительно проще обращаться к ним за помощью. Наше сотрудничество с Центром медико-психолого-педагогического сопровождения, специализирующимся на вопросах детской гиперактивности и аутизма, позволяет приглашать на клубные встречи специалистов этой организации. Информация, которую приемные родители узнают «из первых рук», дает им возможность сориентироваться в том, какого рода помощь могут получить их дети в случае необходимости.

Участники характеризуют Клуб, как зону безопасности. Они утверждают, что каждая клубная встреча, даже если на ней не касались непосредственно их проблемы, неизменно снижает уровень личной тревожности. Бывает, что бездетные пары или люди одинокие принимают решение усыновить ребенка, но, поделившись с близкими или друзьями, получают вместо поддержки недоуменные вопросы, негативные комментарии, а иногда даже оскорбительные выпады. В результате к своим собственным сомнениям у них добавляются страхи, навязанные родными-друзьями-соседями. Клубное общение помогает разобраться не только с первичной неуверенностью в своих силах, но и поддерживать родительский энтузиазм. Гораздо проще искать ответы на глобальные вопросы в кругу заинтересованных и доброжелательных соратников. Так важно понять, как помочь ребенку войти в семью, как влияют генетические и социальные факторы на развитие ребенка. Что делать, когда поведение ребенка непонятно, каковы отличительные особенности поощрения и наказания при воспитании приемных детей. Как все-таки относиться к тайне усыновления: скрывать или гордиться. А главное как помочь ребенку стать счастливым именно в вашей семье.

Мы сами рассматриваем Клуб как форму профилактики родительской неуспешности. В этом отношении интересна обратная связь, которую дают родители,

уже вырастили собственных детей, и нашедшие в себе силы и желание подарить семейное тепло приемному ребенку. Они с огромным интересом анализируют прошлые ошибки, результаты которых пожинаяют в настоящем. Рефрен «Если бы мы раньше знали!» стал традиционным сопровождением практически всех встреч. Некоторым, кто параллельно с собственным ребенком воспитывает или опекает приемного, мы успеваем помочь «здесь и теперь». Таким образом, Клуб актуален не только в решении узкой специфической проблемы приемного родительства, но и в более широком смысле профилактики семейного неблагополучия в целом.

Не секрет, что приемные родители, столкнувшись с как им кажется, неразрешимыми проблемами в поведении ребенка, нередко решают их кардинально – возвращая его в государственное учреждение. Ситуация обычно развивается по стандартному сценарию и проходит несколько стадий. Сначала исчезает удовольствие от присутствия ребенка, от общения с ним. Причем состояние это не ситуативное, а устойчивое. В этот период все внимание сосредотачивается на проблемах, которых не видели раньше. Они актуализируются и постоянно раздражают. Затем уже сам ребенок становится проблемой, и родители начинают во всем обвинять именно его. Далее следует обнародование проблемы, «вынос сора из избы» с целью получения одобрения и поддержки окружения. Поворотный пункт – это когда друг на друга вылито столько негатива, что эмоционально семья оказывается на пороге кризиса и возврата к прежним отношениям быть не может. После чего следует четкое предъявление ультиматума ребенку, оглашение условий его присутствия в семье и установление временных критериев. Чаще всего финиширует этот процесс повторным возвратом ребенка.

Приемные родители, несомненно, должны быть проинформированы обо всех этих стадиях, они должны отдавать себе отчет, в том, что с ними происходит в каждый момент процесса. И к психологам и сотрудникам органов опеки обращаться за помощью нужно на первой, в крайнем случае, на второй стадии и не позже. Это в идеале, на деле к нам они попадают во второй половине этого процесса, если не в финале, со словами: «Все, больше не могу, забирайте!..» И это крик отчаяния. Это катастрофа. Причем не только для ребенка – это вне обсуждения, но и для самих приемных родителей. Не стоит забывать, что зачастую это люди, которым природа отказала в собственном потомстве,

или же те, кто не удовлетворен результатами воспитания собственных детей. То есть у них уже присутствует ощущение неуспешности на этом поприще и приемное родительство является «последним шансом» реализоваться в роли успешного родителя, доказать себе и миру, что ты тоже можешь. Случившийся «провал» чреват огромным чувством вины, разочарованием, отчаянием и другими психологическими осложнениями. Именно поэтому так важно, чтобы родители могли вовремя заметить признаки проявления неблагополучия в своих отношениях с приемным ребенком, его реакция, и своевременно обратиться к специалистам. Однако, словно стыдясь чего-то, возможно надеясь, что «само как-нибудь пройдет», многие семьи с приемными детьми не торопятся за помощью. И здесь Клуб является незаменимым чутким инструментом. Ведь для приемных семей, объединенных пространством клубных встреч, сама тема обращения за помощью воспринимается безопасно, а у специалистов есть возможность заметить начальные признаки зарождающегося кризиса и поддержать семью.

Хотелось бы особо подчеркнуть принципиальное отличие Клуба приемных родителей от Школы. Психологическая школа приемных родителей – это, прежде всего, обучающий проект с утвержденной программой, целью которой является максимальное информирование слушателей по целому спектру проблем приемного родительства. В рамках Школы мы стремимся дать нашим слушателям как можно больше навыков и знаний, всесторонне подготовить их к проблемам, с которыми они могут столкнуться в процессе усыновления и адаптации, при воспитании ребенка с опытом депривации. Могут, но столкнуться ли?... Задача Клуба гораздо шире - долгосрочное целевое многофункциональное сопровождение семей, растящих приемных детей. Мы вместе в радостях, достижениях и успехах, мы помогаем совладать с тревогами и трудностями, и готовы своевременно оказать поддержку. Тем не менее, Школа и Клуб являются нерасторжимыми элементами системы сопровождения приемных родителей.

На клубных встречах много нового и важного взрослые могут узнать о себе, об особенностях своего характера, привычных реакциях и особенностях поведения, а так же приобрести навыки самопомощи. Это дает возможность правильно выстроить или наладить взаимоотношения с кровными детьми, с мужем или с собственными родителями. Поэтому встречи Клуба наполнены не только интересным, но актуальным

содержанием, они помогают гармоничному проживанию в семье и дают родителям возможность почувствовать себя уверенно. Мы стремимся не только удовлетворять информационный голод наших участников, но создать обстановку уюта и комфорта, атмосферу безусловной любви, которую многие из нас щедро получали в детстве от собственных родителей и дефицит которой во взрослой жизни мы постоянно ощущаем. Разумеется, не все выпускники наших Школ стали постоянными, активными участниками программы Клуба. Как не все в конце концов отважились принять в семью ребенка после прохождения обучения. Существует актив Клуба – это примерно 33% наших выпускников, еще 50% окончивших Школу участвуют в работе Клуба ситуативно, приходят на тематические встречи со специалистами. Опыт показывает, что на собрания клуба в основном приходят семьи, которые уже обзавелись приемными детьми. Для них это не только получение новой информации, но и сформированный круг интересного и безопасного общения. Очевидно, что для потенциальных приемных родителей, пока не решившихся на принятие ребенка в семью, Клуб менее интересен. Некоторые из них посещают одно или несколько клубных собраний с целью составить представление о Клубе и о возможностях его посещения в будущем, когда это станет для них актуальным. И уже несколько раз к нам возвращались слушатели из первых выпусков, нашедшие наконец своего малыша.

Есть у нашего Клуба и свои особенности. В частности, команда волонтеров, созданная из выпускников Школы. Волонтер, синоним русского слова «доброволец», произошло от французского «volontaire», что означает желающий, выразивший желание. Вовлеченность, сознательность, ответственность – основные характеристики добровольчества

Изначально, еще на этапе занятий в Школе мы приветствовали активность наших слушателей. В каждой группе находились те, кто готов был взять на себя некоторые организационные функции. Однако по достоинству мы смогли оценить их усилия, когда начал работу Клуб. Очевидно, что выпускников становится все больше и контакты с ними требуют значительных временных затрат. Наших собственных ресурсов уже не хватило бы даже на их информирование и получение обратной связи. Именно волонтеры являются тем связующим звеном, которое позволяет нам поддерживать контакты с

приемными семьями и помогает в совместной работе. Благодаря активности и чуткости волонтеров мы постоянно обладаем актуальной информацией о семьях наших выпускников. Таким образом, есть возможность своевременно и адресно оказывать необходимую помощь, как на клубных встречах, так и в процессе индивидуального консультирования, не дожидаясь возникновения критической ситуации.

На волонтеров Клуба возложено несколько задач. Прежде всего, в их обязанности входит приглашение своей группы на очередную клубную встречу и информирование о ее тематике. Регулярно общаясь со своими подопечными, как по Интернету, так и лично, волонтеры получают информацию об актуальной ситуации в их семьях. Обратная связь, полученная от волонтеров, служит основой для планирования очередных клубных встреч. Это позволяет ведущим чутко реагировать на запросы участников.

Наши волонтеры - это самые активные члены Клуба, они аккумулируют у себя всю бытовую информацию, бесценный поученный на практике опыт: где и какую медицинскую помощь могут получить родители для своих детишек, куда и кому лучше обращаться, если возникли проблемы с устройством в детский сад, приемом в школу, другую информацию. Обмениваясь ею, наши родители, сплоченные общими целями при активной помощи волонтеров охотно общаются за рамками школьных и клубных встреч обмениваются информацией и приобретенным опытом.

Подбор волонтеров мы осуществляем по нескольким параметрам:

- прежде всего это женщины очень общительные, вовлеченные, заинтересованные; их активность становится очевидной еще в процессе школьных занятий.
- они рассматривают волонтерство как возможность получить внешнее подтверждение собственной значимости, нужности.
- не испытывают затруднений пользуясь интернетом для поиска и обмена информацией и развития контактов
- волонтеры открыты для общения и охотно делятся полученным личным опытом
- активная жизненная позиция, присущая волонтерам проявляется и в том, что они стремятся использовать все ресурсы Службы: индивидуальное консультирование, реабилитацию, фильмы, книги, и проявляют доверие к специалистам.
- участвуют в других программах отдела – стремятся к саморазвитию и самопознанию.

- еще в период занятий в Школе волонтеры выстраивают неформальные отношения с членами своей группы, стремясь не замыкаться на теме детей и как правило сохраняют это общение. Им присущи коммуникативная компетентность, личное обаяние, умение выстраивать и поддерживать отношения с очень разными людьми.

На свете есть немало добрых людей, желающих отогреть одинокие детские сердца. Однако путь к родительству тернист и сложен. Его заполняют духовные и физические испытания, неожиданные препятствия и преграды, сомнения и ошибки. На поверку далеко не все будущие родители оказываются готовыми сражаться до последнего за свои добрые помыслы и светлые идеи. Думается, что Клуб, не ставя перед собой каких-то глобальных задач, тем не менее, оказывает поддержку людям, отважно ступившим на этот путь. Одиночество – один из самых сильных человеческих страхов. Понять и принять его под силу не каждому взрослому. Что же говорить о детях, волею злой судьбы оставшихся без ласки и заботы родителей. И пусть они накормлены и одеты, обеспечены медицинской помощью и жильем. Но никто не гладит по голове, не целует на сон грядущий, не шепчет ласковое слово – никто не говорит, что ты – самый лучший, самый любимый и дорогой... Не секрет что на каждом из нас большими буквами написано, как нас любили в детстве. Через всю жизнь мы несем эстафету любви-нелюбви, принятую от родителей и передаем ее своим детям. Эрик Фромм определял любовь как «...деятельную озабоченность, заинтересованность в жизни и благополучии того, кого мы любим...» [3]. И именно сейчас, в кризисный период, особенно важно «всем миром» проявлять эту деятельную озабоченность, чтобы социальное сиротство стало неприглядным, но минувшим этапом нашей истории.

#### Список литературы

1. Бебчук М.А., Жуйкова Е.Б. Системный подход к психологии семьи. – М.: ДСиМП, 2009.
2. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. -С-Пб.: Речь, 2001.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, -С-Пб.: Питер, 2000.

4. Ушинский К.Д. О пользе педагогической литературы. Соч., т.2, М., 1949.
5. Хрусталькова Н.А. Формирование педагогической компетентности родителей профессионально-замещающей семьи. Автореферат дисс.док.пед.н. Саранск, 2009.

## **Экология развода**

### **Обобщение опыта психологического консультирования**

***Минайчева Н.В.***

*ГАОУ ВПО МИОО, ГБУ МСППН, Москва, Россия*

*nminaycheva@yandex.ru*

*Аннотация. В статье рассматриваются различные аспекты развода: его основные причины, статистика, полоролевые различия в мотивации, особенности принятия решения о разводе и способы совладания с травмирующей ситуацией. Особое внимание уделяется взаимодействию детей и родителей, переживающий развод или постразводный период. Обобщается практический опыт автора, специализирующегося, в частности, на работе с горем, утратой и психологической помощи в чрезвычайных ситуациях.*

*Ключевые слова: развод, травма, семья, супруги.*

По-разному складывается у людей семейная жизнь. Счастливый брачный союз, основанный на любви и взаимопонимании, разумеется, добро. Означает ли это, что развод - зло? Практика показывает - не всегда. Развод выполняет по отношению к браку двоякую роль. Он может выступать средством утверждения равноправия между мужчиной и женщиной, если направлен против патриархальных пережитков в брачных отношениях, против подавления и морального унижения одного из супругов, но он может стать и своего рода антиподом брака, если является следствием этих пережитков, нравственной незрелости супругов...

Бесспорно, что в наше время развод перестал быть исключением, как ранее - позорным, и приобрел статус явления привычного, даже универсального. Как ни печально, около половины заключенный браков заканчиваются разводом. Его зачастую используют как кардинальное решение всех разногласий, возникающих между супругами. В то же время, это событие никого оставляет равнодушным. Американцы, создавшие так называемую Шкалу стресса (от 1 до 100) оценивают развод в 75 баллов. Правда, вступление в брак – в 76 баллов.

В жизни однажды наступает момент, когда повседневность прорастает корнями проблем, расцветают крупные и мелкие неприятности, созревая плодами конфликтов. И вдруг муж понимает, что жена не чистый белый ангел, а жена обнаруживает, что рядом – не рыцарь на белом коне... Подобный шок от реальности переживают практически все супружеские пары. Но одни начинают разбираться в себе, искать зоны согласия, обращаются за профессиональной психологической помощью и выходят из предразводной ситуации, вновь обретая друг друга, строят новые взаимоотношения не на иллюзорной основе влюбленности, а на вполне реальном фундаменте взаимопонимания и доверия. Другие же убеждены, что причиной создавшейся тупиковой ситуации является исключительно партнер, но никак не они сами. Тогда конфликты превращаются в норму бытия, и выход видится только один – развод.

Причины разводов разные. Чаще всего это:

- материальные проблемы - меркантильные претензии одного из партнеров, которые второй не может или не желает удовлетворить;
- супружеская неверность, невозможность простить измену (реальную или воображаемую);
- коммуникативная некомпетентность – неумение общаться и договариваться, разрешать конфликты мирным путем, иногда повышенная агрессивность одного из партнеров, переходящая в домашнее насилие;
- болезненная зависимость одного из партнеров (пьянство, наркомания, игромания и т.п.);
- отсутствие детей в браке;
- несхожесть жизненных позиций, серьезные разногласия по поводу стиля жизни, антагонизм базовых жизненных ценностей, целей, смыслов;



- новая любовь - эмоционально значимые отношения вне брака;
- разочарование, однообразие и скука семейной жизни;
- психологическая, биологическая, сексуальная несовместимость или сексуальная неудовлетворенность одного из партнеров;
- ревность и зависть;

Практика психологического консультирования со всей очевидностью демонстрирует, что отношение к разводу у мужчин и женщин так же различное. По данным многочисленных исследований женщины более эмоционально переживают распад семьи: «Жизнь закончилась», «Я не вижу смысла», «Я никому больше не нужна». Именно это чаще всего приходится слышать при появлении очередной клиентки, проживающей ситуацию развода. Женщины, согласно статистике, чаще становятся инициаторами развода, и в то же время, они больше боятся неопределенности: «Верно ли я поступаю?», «Что скажут дети, родители?», «Как жить без материальной поддержки?», «Не пожалею ли я потом о принятом решении?» эти и многие другие вопросы тревожат женщин, отважившихся на развод. Не секрет, что в первый год после развода именно женщины принимают половину продаваемых во всем мире антидепрессантов. Нередко женщина после развода так и остается одинокой.

Мужчины в первые месяцы после развода, как правило, не склонны драматизировать ситуацию. Но уже через полгода 30% из них обращаются к психотерапевтам с жалобами на подавленность, одиночество, появившуюся склонность к перееданию и пьянству, потерю интереса к работе и жизни, снижению сексуальной активности. Более 50% мужчин сожалеет об уходе из семьи и хотели бы вернуться. Каждый четвертый разведенный повторно женится на своей бывшей жене, каждый третий к этому стремится. 65% мужчин вступают в брак вторично через 3-5 лет после развода, причем, более половины из них уверены, что предыдущая жена была лучше. И только 20% мужчин избегают брака в течение 10 лет и более.

По результатам одного из опросов на вопрос “Можно ли было, по Вашему мнению, предотвратить развод?” утвердительно ответили 67,6% мужчин и 43,6% женщин, что с достаточной степенью свидетельствует о неоднозначности чувств к бывшему партнеру. Интервал между первым и вторым браком в среднем составляет 5,5

лет, поскольку сложно обрести душевное равновесие после первой семейной катастрофы...

При исследовании причин развода его можно рассматривать как изменение баланса сил, поддерживающих и деформирующих брак, то есть обеспечивающих гомеостаз и динамику семейной системы. К первым относятся морально-психологические и отчасти экономическая заинтересованность супругов друг в друге, а также социальные нормы, ценности, санкции. Ко вторым - проявление взаимного недовольства и неприязни супругов, чувства раздражения, ненависти, а также внешние факторы, стимулирующие развитие и обострение внутрисемейных конфликтов (неприятности на работе, противоречия с родственниками и т.п.).

Из-за многообразия вышеприведенных причин развода описать их все невозможно, поэтому остановимся подробно на наиболее актуальных из них.

В современной России примерно четверть всех разводов связана с нарушением супружеской верности. Измена затрагивает область супружеских чувств, являясь антиподом любви. В наше время любовь - нередко единственное основание для создания и существования семьи. Мотив "измены" наблюдается чаще всего при расторжении молодых браков, что свидетельствует скорее о незрелости, легкомыслии супругов, о непонимании семейных ценностей. С некоторых пор укоренилось мнение о том, что измена, случайная связь заставляет человека понять, что в семье была любовь, измена вдруг высвечивает это. По данным опросов, 75% мужчин не находят в случайном партнере того, что ожидали, и начинают больше ценить свою жену. Среди неверных жен число таких, кто не испытал ничего, кроме разочарования и чувства вины, оказалось еще больше - 90%. В результате, изменивший супруг осознает, что совершил страшную ошибку, что предал близкого человека, и впредь будет больше дорожить семьей.

И все же в большинстве случаев измена не идет на пользу браку. Практика показывает, что измену простить труднее всего. И трудно... даже невозможно забыть. В браке щекотливые моменты иногда лучше обойти молчанием. Чрезмерная искренность, желание рассказать правду о физической измене может вызвать у супруга тяжелую депрессию. Находясь под гнетом своего поступка, "грешник" стремится очистить совесть, исповедаться, раскрыть душу "пострадавшему". Вот тут-то все и начинается.

Для того, кто слушает исповедь, она словно гром среди ясного неба. А “грешник” после исповеди становится свидетелем страданий человека, которому изменил. Принцип “лучше горькая правда, чем сладкая ложь” в таких случаях не срабатывает. Тот, кому изменили, до конца жизни может потерять психическое равновесие, и перенесенные страх и боль навсегда изменят не только его отношение к партнеру, но восприятие противоположного пола в целом. Вероятно, лучше не травмировать партнера своей искренностью.

В каждом конкретном случае необходимо иметь в виду мотивы, толкающие мужчину или женщину на измену. С одной стороны, это может быть тщеславие, жажда личной “свободы”, распущенность, утрата нравственных ценностей, с другой стороны: слабых характерность, склонность к подчинению, социальная незрелость, неустойчивая жизненная позиция. В современных исследованиях делаются попытки проанализировать причины супружеской неверности. Приведем одну из классификаций:

*Новая любовь.* Эта причина супружеской неверности характерна для браков, где любовь не имела большого значения или вовсе отсутствовала (рассудочные, рациональные или вынужденные браки, основанные на выгоде, страхе одиночества, случайной беременности).

*Возмездие.* При помощи измены реализуется желание отомстить за неверность супруга, чтобы восстановить чувство собственного достоинства.

*Отвергнутая любовь.* В брачных отношениях отсутствует взаимность. Один из супругов страдает от неприятия его любви, безответственности чувства. Это побуждает утолить чувство в другом партнерстве, где возможна взаимность. Иногда изменяющий сам не любит нового партнера, но откликается на его чувство, как из сочувствия, так и по причине обслуживания собственных вторичных выгод.

*Поиск новых любовных переживаний.* Как правило, характерен для супругов со значительным стажем, когда чувства в браке поблекли, утратили свою остроту и привлекательность. Либо в семьях с моральными устоями, позволяющими брать от жизни все возможное. Вариантом может быть подражание “красивой жизни” по зарубежным образцам, транслируемой СМИ, сексуальной свободе.

*Воспоминание.* С помощью супружеской неверности человек компенсирует дефицит любовных отношений, который возникает под влиянием длительных разлук, болезни супруга и иных ограничений на полноту любви в браке.

*Тотальный распад семьи.* Измена здесь фактически результат создания новой семьи, когда первая семья воспринимается нежизнеспособной.

*Случайная связь,* когда измена не характеризуется регулярностью и глубокими любовными переживаниями. Обычно она бывает спровоцирована определенными обстоятельствами (настойчивость “партнера”, “удобным случаем” и т.д.).

По данным социологических опросов, подтверждаемых практикой консультирования из-за неудовлетворенности интимной стороной брака, разводятся довольно часто молодые пары в первые 2-3 года семейной жизни. Нередко определяя это как “не сошлись характерами”. У них еще нет понимания того, что нужно определенное время, чтобы узнать особенности характера, темперамента, привычки друг друга, совместить свои биоритмы, чтобы ощущать себя наедине с партнером уверенно и спокойно, чтобы отсутствовали всякие сомнения в правильности поступков и действий.

Во взаимоотношениях – любовных, семейных, дружеских – люди тянутся друг к другу в силу сходства характеров или по принципу дополнения. Помимо характерологических особенностей, любовные отношения и брак цементирует наличие общности целей, близкая ценностная ориентация, которая помогает людям более терпеливо и снисходительно относиться к несходству характеров. У разных людей может быть разное представление о том, что такое налаженный быт, должное воспитание детей, уважение, внимание, доверие. Такие ситуации достаточно распространены во многих семьях и могут явиться причиной семейных конфликтов. А они, в свою очередь, причиной развода. Развод, в современном мире, по видимому, становится распространенным и социально приемлемым способом разрешения серьезных противоречий между супругами, которые существовали всегда, но раньше улаживались иначе. Но что же делать, когда люди, как стало модно говорить, «психологически не совместимы»?

На практике все не так уж сложно... В каждом из нас существует специфическое женское и мужское начало. Пол влияет на нашу психическую структуру, мышление и

способ восприятия жизни. Конечно, всегда существуют индивидуальные различия, о которых следует помнить и принимать их во внимание. Женщина и мужчина отличаются друг от друга, а мы так часто об этом забываем. Мы чувствуем по-разному, мы любим по-разному, мы по-разному воспринимаем мир. Так заложено природой. Женщина существо эмоциональное, мужчина – рациональное, мужчина добытчик, женщина – хранительница очага. Женщинам для сексуальных отношений нужны хорошие межличностные взаимоотношения, для мужчины сексуальные отношения то же самое, что хорошие взаимоотношения. Это главное противоречие, которое сложно понять мужчинам и женщинам, но осознание его поможет обоим.

Столкновение с инаковостью всегда порождает неуверенность и тревогу. Требуется смелость, чтобы испытывать страх и признавать это. Только так мы можем прийти к реальным взаимоотношениям друг с другом. Страх подразумевает смелость в том, чтобы видеть и принимать различия. Если мы не можем быть терпимыми к различиям, то начинаем требовать подобия, и стремимся принудить к нему партнера. На деле же просто хотим управлять своим партнером, контролировать его. Это не идет на пользу отношениям. Мы теряем возможность ощутить полноту жизни совместно с другим человеком, который отличается от нас как физически, так и ментально. Мы теряем реальный шанс - разделить нашу жизнь с ним или с ней. Если мы не можем принять различия, мы теряем любовь...

Группа ученых из Великобритании, суммировав данные исследований, проводившихся в разное время в разных странах, сформировали перечень наиболее ярких признаков того, что брак находится под угрозой. Руководителем исследований выступил известный психотерапевт Джон Готтман, в течение сорока лет занимающийся разрешением конфликтов между супругами. По его наблюдениям, если хотя бы три из четырех следующих признаков характерны для семьи, то риск развода в ближайшее время максимален.

1. Семья на грани развода, если хотя бы один из супругов всегда избегает конфликтов. Особенно опасно это в том случае, если раньше все было иначе. Если один из супругов начинает «спускать на тормозах» все конфликты в то время как второй супруг пытается найти решение проблемы, у него возникает ощущение недосказанности,

непонятости, которое в последствии перерастает в равнодушие. Эмоции, даже во время скандала, как это ни парадоксально, могут быть полезны для укрепления брака. Безразличие же крайне опасно для его существования.

2. Согласно современной теории конфликта самым опасным для брака коммуникативными приемами являются сарказм, насмешки, унижения. Когда супруги в пылу ссоры «переходят на личности», после остается обида, которая будет напоминать о себе при каждом подходящем случае.

3. Постоянная критика и обвинения заставляет партнера защищаться, порождает агрессию, либо приводит в подавленное состояние и провоцирует депрессию.

4. Наличие латентного конфликта так же является мощным фактором, способным серьезно нарушить семейное равновесие. Пары, которые долго не могут решить конфликт, «застревают» в нем без продвижения вперед. Отложенные проблемы во много раз повышают вероятность негативного итога.

Утрата любви, уважения и взаимной поддержки делает невозможным эффективное функционирование семьи и успешное преодоление семейных кризисов, которые возникают при переходе от одного жизненного семейного цикла к другому. Жизненный цикл семьи – это закономерная последовательность смены событий и стадий, которые проходит любая семья. Коротко приведем их:

*Стадия монады* – одинокий, финансово самостоятельный молодой человек/девушка, живущий независимо от родителей, тем не менее, реализуя правила, усвоенные им в родительской семье.

*Стадия диады.* Это первый кризис, когда люди начинают жить вместе и должны договориться о том, по каким правилам это будет происходить. Есть правила, о которых договариваться проще (например, бытовые), а есть те, по поводу которых договариваться труднее (проявления любви).

Российской семье присущи свои особенности. Нередко молодожены приходят жить в семью одного из супругов, где уже есть свои правила и традиции. Молодой паре очень сложно выстраивать свою семью, чаще всего они оказываются на правах ребенка в родительской семье. Здесь вероятны разнообразные конфликтные ситуации.

*Стадия триады.* Появление первого ребенка и пора нового кризиса. Опять надо договариваться, изменять семейные правила и роли. В этот период жена нередко посвящает все свое время ребенку, муж чувствует себя лишним, брошенным, соответственно в этот период наблюдается пик супружеских измен. Есть и другой аспект. В условиях совместного проживания с родителями одного из супругов, часто не понятно, чей это ребенок, потому что бабушка берет на себя заботу о младенце и становится его функциональной мамой. А мама, в присутствии бабушки его функциональной сестрой. От спутанности ролей рушится и специфический контакт между матерью и ребенком.

*Появление второго ребенка.* Следующая стадия жизненного цикла семьи. В ней наиболее актуальна детская ревность и соперничество.

Дети начинают ходить в школу, это часто становится поводом конфликта двух поколений (например, между мамой и бабушкой). Конфликт происходит не напрямую, а через ребенка. Ребенок становится заложником и одновременно рупором неблагополучия того, существующего в семье – непослушание, плохая учеба, нарушение поведения, питания, приобретение вредных привычек и др.

Часто прохождение стадии подросткового кризиса совпадает по времени с кризисом среднего возраста родителей. Если члены семьи успешно преодолевают этот кризис, то начинается нормативный процесс сепарации ребенка от родителей.

Далее наступает следующий этап, возвращение в стадию *диады*, когда дети выросли, живут отдельно и пожилые родители остаются вдвоем (синдром опустевшего гнезда).

В случае, когда один из супругов умирает, и жизненный цикл семьи завершается, а второй переходит в стадию *монады*.

Очевидно, что на каждой стадии жизненного цикла семьи супруги подстерегают проблемы, с которыми они не всегда могут справиться самостоятельно. Так что же делать, когда семья начинает рушиться? Как принять верное решение? Выбор действительно сложный. Когда-то мы выбрали этого человека в супруги в твердой уверенности, что на всю жизнь. Именно с ним мы хотели иметь детей. Именно с ним мы связывали свои

мысли и действия. Что же случилось? Что произошло на самом деле? И самый главный вопрос: что делать? Как пережить развод?

Развод – одно из самых драматичных решений в человеческой жизни. Здесь нет, и не может быть стандартных рецептов помощи, каждый случай уникален.

В слове «пережить» можно увидеть два смысла. Первый – «остаться живым», то есть пройти этот период и вернуться к жизни, быть открытым для новых отношений, для детей, родных и близких. А еще я вижу созвучие со словом «переживание», что означает «чувствование». И чувств, возникающих при разрыве отношений предостаточно. Расставание – всегда травма. Даже если вы отчетливо понимаете, что это не тот человек, с которым есть смысл оставаться вместе, даже если отношения тяжелы, неприятны, не дают Вам двигаться вперед, даже если Вы сами являетесь инициатором развода или расставания.

Немного о тех переживаниях, которые сопровождают расставание.

1. *Неверие* в то, что отношения прекращают свое существование, мысль «со мною такого не может быть!». Такая реакция возникает с самого начала разрыва (или внутреннего решения уйти) и может проявляться время от времени снова. Еще это может проявляться в действиях, которые были запланированы в паре и раньше имели смысл. Человек продолжает совершать некоторые действия и поступки, как будто ничего не произошло. Этот сильный механизм защиты психики задействуется у здоровых людей в кризисные моменты (как шоковое бесчувствие при тяжелой физической травме). Необходим запас душевных сил и мужества, чтобы преодолеть этот момент, чтобы принять реальность.

2. *Злость и ярость или страх* в ситуации развода могут быть велики. Спектр агрессивных переживаний значителен, проявляются они в разных формах. Это могут быть истерики, оскорбления, грубые скандалы, попытки манипулировать супругом, детьми или родственниками. Возможен и переход к настоящим военным действиям с участием юристов или к физическим, вплоть до бытового насилия. Расставания и разрывы, к сожалению, могут раскрыть самые неприятные черты характера бывших партнеров. На мой взгляд, из-за этих чувств имеет смысл стараться меньше контактировать с бывшим супругом сразу после развода или расставания, пользоваться



услугами посредников – друзей, адвокатов. Личный контакт активизирует чувства, делает их более яркими, мучительными и разрушительными, причем для обеих сторон. Если дать им волю - можно зайти очень далеко, а если сдерживать - они будут вызывать боль внутри. Хорошо найти свой способ сбросить напряжение, иметь возможность говорить о своей злости кому-то, кто будет вас принимать и сочувствовать. Если же накал страстей слишком велик, имеет смысл обратиться к психологам - они имеют большой запас прочности и лучше подготовлены, а, кроме того, они не вовлечены в вашу реальную жизнь, остаются в стороне и сохраняют спокойствие, которое Вам необходимо.

3. *Ощущение вины*, собственной ненужности, никчемности и, как следствие, апатия и депрессия. При этом кажется, что потерянный человек и погибшие отношения были замечательными, нужными (и бесконечно привычными!), а вы могли, но не сделали чего-то, что сохранило бы их. По статистике, достаточно большой процент разведенных, особенно мужчин, считают, что брак можно было сохранить. Отношения строят двое, и на бессознательном уровне между супругами всегда существует негласный договор, которому они следуют. И пока он в силе, отношения продолжаются. По мысли одного из известных психологов, у супругов даже психологический возраст всегда совпадает. Такие негласные семейные контракты всегда внутренне симметричны, а вот на поверхности может присутствовать распределение ролей, где один - «хороший», а другой - «плохой», один – «умный», другой – «бестолковый», один - успешный, другой - неудачник. Но это только роли в пьесе, не имеющие отношения к реальным качествам другого. Чем менее зрелыми в личностном плане являются супруги, тем больше игр и путаницы, невозможности разобраться и назвать словами то, что происходит между ними и во взаимоотношениях пары с окружающим миром.

4. *Потребность вернуть* старые отношения, остаться в привычных рамках, может возникать много раз. Часто она реализуется в манипуляциях друг другом, благо за время совместной жизни каждый хорошо изучил, чем можно задеть другого. К сожалению, в такие манипуляции обязательно, прямо или косвенно, оказываются втянуты дети, как наиболее беззащитные, и в то же время наиболее сочувствующие и

заинтересованные в сохранении отношений между мамой и папой человечки.

Очевидно, что если разрыв явился возможным выходом из отношений, то их внутренняя конфликтность высока, противоречия слишком сильны и эмоционально заряжены. И «возвращение к прежним отношениям» - невозможная мечта остановить время и развитие. В тех случаях, когда пара все-таки воссоединяется и живет после этого долго, отношения и сами люди изменились, это уже не прежний брак или партнерство, а некое качественно другое состояние.

5. *Переживания детей.* Они чаще всего реагируют не изменением настроения, а действиями. Признаки того, что ребенок страдает - изменения поведения на такое, которое вызывает гнев родителей и других взрослых, ухудшение успеваемости у школьников, утрата уже установившихся навыков речи, гигиены, бессонница, страхи. Они говорят о том, что родители не справляются со своим горем, и часть его ложится на плечи ребенка. А ведь ему и так придется пережить свое горе, другого рода – то, что он будет видеть родителей отдельно, не парой. Хорошо еще, если отношения с каждым из них все-таки сохранятся.

6. *Горевание.* Это нормальный период подавленного настроения, слез, депрессии. Страдания. Смерть отношений – это утрата, которая и переживается и ощущается как смерть, хотя «никто не умер». И если при умирании человека исполняется много ритуальных действий, позволяющих легче пройти этот этап, то при разводе их нет, и я много раз сталкивалась на приемах с тем, что формально развод произошел, документы оформлены, но чего-то не хватает. Иногда затянувшиеся судебные разбирательства в чем-то выполняют функцию эмоционально наполненного ритуала. Но если этого не хватило для завершения отношений, стоит создать свой ритуал «Простить и отпустить» и выполнять его до полного обретения внутренней свободы.

7. *Потребность избежать горевания* по утраченным отношениям иногда заставляет одного или даже обоих супругов сразу вступать в новые отношения. Такой поворот, конечно, облегчает расставание, но он обычно приводит к тому, что вместо новых, начинают разыгрываться все те же старые, уже приведшие ранее к катастрофе, конфликты и сценарии. Чтобы так не случилось, имеет смысл дать себе время на прощание со старыми отношениями, на слезы и печаль, на осмысление того периода

жизни, что был проведен в браке, на то, кем был для вас ваш бывший спутник жизни. Оптимально проходить этот период с психологом, психотерапевтом. Это может стать временем активных личностных изменений, осознания своих потребностей, оживлением похороненных в браке надежд, созданием базы для более счастливых и гармоничных отношений в будущем.

8. *Ощущение пустоты.* Снова и снова – в пространстве и в собственной душе обнаруживаете, что образовались пустые места, которые раньше заполнял партнер – самим своим существованием, действиями, вещами, голосом, какими-то интимными моментами – запахом, физическим контактом. Это уже неплохо – процесс расставания идет, освободившееся место можно наполнить чем-то новым!

Клиентам, обратившимся за психологической помощью на стадии принятия решения всегда предлагаю оценить прочность своих отношений по трем приведенным ниже критериям. Этот экспресс-анализ помогает им понять, теплится ли еще в их браке та «божественная искра», за которую стоит бороться.

- Сходные представления о будущем: ведение хозяйства, место жительства, карьерный рост, трата денег, проведение досуга, общение с родственниками и т.д.
- Наличие эксклюзивности, то есть чего-то общего, что супруги не могут разделить ни с кем другим.
- Самооценка. Нравитесь ли вы себе рядом со своим партнером (то есть пробуждает ли партнер ваши лучшие или худшие качества)? Нравитесь ли вы себе таким, каким он вас видит? Брак устойчив до тех пор, пока супруги не мешают друг другу быть тем, кем им хочется.

Оказавшись на распутье, и не зная, что лучше: расстаться или сохранить существующий брак следует честно ответить себе на вопросы:

- Предпринял/ла ли я все, что от меня зависело? Может еще не поздно обратиться за помощью к специалисту. Обращаемся же мы за помощью к врачу, когда у нас что-то болит, к более опытному коллеге, когда чего-то не знаем...
- Не являются ли мои проблемы, следствием недостаточной информированности по ряду вопросов (половые различия, стадии жизненного цикла, нормативные кризисы и

т.п.)? Комфортные отношения между мужчиной и женщиной являются результатом длительного развития, но они достижимы. Поддержание их требует продолжительной психической работы от обоих, способности выдерживать и преодолевать разочарования и злость, порождаемую разочарованиями.

- Принимаю ли я решение рационально или это крик души, эмоции? Споры и поиски конструктивных решений дают возможность развить и углубить взаимоотношения между партнерами. Можно попасть в тупик, если самое главное в спорах - контролировать друг друга, стремится оставить за собой последнее слово, а не сказать что-то важное друг другу. Продолжающиеся ссоры могут также обозначать защиту кем-то своего собственного пространства в ситуациях, когда близость переживается как слишком угрожающая. Тяжело вынести близость, если она воспринимается как посягательство на личную автономию. Если наше представление о себе неустойчивое, хрупкое, мы можем поддерживать психический баланс, полагая, что супруг злой, а все хорошее исходит только от нас.

- Мое ли это желание? Развод - это сильнейшее эмоциональное и психическое потрясение, которое не проходит для супругов бесследно. Об этом надо помнить. Но он может быть необходим для дальнейшего развития и личностного роста, движения вперед каждого из них в отдельности.

- Готов/ва ли я к самостоятельной (финансовой, профессиональной, бытовой и т.п.) жизни? Есть ли мне на кого опереться в первый момент? До развода большинство людей не представляют, с какими трудностями они могут столкнуться, но основной проблемой для них становится обустройство жизни после развода.

Еще одним вопросом, который предстоит решить расторгающим свой брак супругам, является вопрос о воспитании детей после развода. Дети любят любых родителей – холодных и агрессивных, равнодушных и назойливых, преступников и алкоголиков. Поэтому мать после развода рискует стать человеком, который лишил их радости общения с отцом. Отношение к отцу у ребенка тоже не останется прежним. В то же время семьи, в которых муж и жена продолжают совместно существовать «ради ребенка», обманывают окружающих и самих себя. Ребенку отнюдь не полезно жить в ситуации враждебности, ссор, драк, равнодушия, манипулирования и сведения счетов,

при которых он вынужден занимать сторону одного из родителей, тем самым еще больше усугубляя конфликтную обстановку в семье.

Многие супружеские пары, и особенно матери, беспокоятся – не нанесет ли их развод непоправимый вред детям, не скажется ли он в дальнейшем негативно на их развитии? «Готов/ва ли я к изменениям в отношениях с ребенком? Учитываю ли я его действительные интересы (психологическое и физическое здоровье и благополучие) принимая решение о разводе? Не использую ли я его как щит, как средство досадить партнеру?» - вот основные вопросы, на которые стоит ответить принимающим решение о разводе супругам. Если вы все-таки решили развестись... Да, это решение действительно, может негативно отразиться на ребенке. Вот семь популярных среди россиян способов добиться этого самым эффективным образом:

1. Можно «посоветоваться» с ребенком примерно в таком образом: «Как ты считаешь, стоит ли нам с папой разойтись, он постоянно пьет и очень меня обижает?» Этим самым вы поставите ребенка в ситуацию, когда он вынужден выбирать между мамой и папой, и это наверняка нарушит его психику. А вам позволит снять с себя хотя бы часть «груза ответственности» за принятие тяжелого решения.
2. Можно сказать ему: «Помнишь ту женщину, с которой мы встретили папу, так вот именно к ней он уезжал каждое воскресенье». Или: «Твой папа никогда не был героем в постели». Этим вы посвятите ребенка в ваши сексуальные отношения, и подорвете его уважение к вам обоим.
3. Можете сказать сыну или дочери: «Если ты будешь звонить отцу (матери), можешь на мою поддержку не рассчитывать». Также можно показать это ребенку на конкретных примерах. Это сильно подорвет уверенность ребенка в вашей безусловной материнской любви и заставит глубоко скрывать, часто даже от себя, свое сильное желание быть с отцом. В будущем ребенку неизбежно придется последовать в своих жизненных выборах за исключенным из контактов родителем.
4. Самый действенный способ сделать из ребенка неудачника с помощью развода – это сказать ему: «Если бы не твое ужасное поведение, может быть мы и не разошлись с твоим отцом». От такого чувства вины он вряд ли оправится. Более мягкий вариант чаще используется матерями в отношении сыновей: «Если бы ты смог меня поддержать

в той ситуации, я бы не заболела и не попала в больницу». Исправить ситуацию он уже не сможет, но виноват в ней будет до конца жизни.

5. Заявить: «Я выхожу замуж, и у тебя будет новый папа». Естественно возникший в голове ребенка вопрос: «Но у меня уже есть папа, зачем мне еще один?», так и останется вопросом.

6. Высказывание «Ты такой же ленивый (неаккуратный, агрессивный, неуклюжий и т.д.) как твой отец» очень помогает для закрепления какого-то негативного качества в характере ребенка. Даже если сын или дочь вовсе не ленивы по натуре, они постараются быть похожими на отсутствующего в их жизни отца.

7. «Я жила с твоим отцом вместе все эти годы только ради тебя» - вот она - финальная точка! Ребенок виноват изначально, и даже не в том, что вы развелись, а в том, что он живет на свете. Прекрасно подходит для формирования суицидальных настроений.

Но что же все-таки делать, чтобы уберечь ребенка в этой сложной ситуации? Все довольно просто. Развод состоит в том, что двое женатых людей отныне перестают быть супругами. Но если у них есть дети, то они еще и родители. Так вот, родителями они не перестают быть *никогда*. Для ребенка в случае грамотно осуществленного развода поменяется очень немного. Мама по-прежнему будет его любящей мамой. Папа по-прежнему будет его любящим папой. Они также будут проводить время вместе с ним, гулять и звонить по телефону. Только мама больше не будет жить вместе с папой. Но, ведь, это их личное дело, и оно ребенка касаться не должно.

Было бы очень хорошо, чтобы сын или дочь знали – они появились на свет, потому что их мать и отец любили друг друга. Их мать рада, что они родились именно от этого мужчины, и уважает их отца. Иногда разводящейся женщине такую фразу бывает трудно не только сказать, но даже подумать. Но для психологического благополучия ребенка важнее нее ничего нет! И еще! Есть несколько важных *не*, которые стоит запомнить:

- *не* включайте ребенка в ваши боевые действия с мужем.
- *не* советуйтесь с ним, с кем он хотел бы жить. Просто расскажите ему о вашем совместном решении и объясните, что он может всегда видеться с вами обоими.

- *не* посвящайте ребенка в ваши сексуальные отношения.
- *не* используйте ребенка в качестве основной поддержки, когда вам больно и горько. Конечно, не нужно скрывать от него ваши чувства, но искать у ребенка утешения – значит возлагать на его плечи недетскую ношу.
- *не* препятствуйте общению ребенка с отцом и его родственниками, но также и не делайте из ребенка шпиона, которому придется докладывать, как складывается личная жизнь «бывшего».
- *не* ожидайте, что найдете ребенку нового отца. Отец у него уже есть, и ваш новый муж может быть лишь хорошим воспитателем и другом вашему сыну или дочери.
- *не* сравнивайте в присутствии ребенка своего нового мужа и его отца. Отец для него более важен, и дело закончится конфликтом.

Вот, собственно, и все. Придерживаясь этих правил, вы сделаете развод только личным делом вас как супругов, и сохраните психику ваших детей.

Развод – это испытание. Испытание на здравый смысл, от которого во многом зависит какой станет жизнь в будущем. Это еще и проверка на гибкость жизненной позиции, которая поможет пережить несчастье. Поэтому так важно стараться сохранить чувство собственного достоинства и сделать выбор: остаться одному и жить вне брака или предпринять новую попытку найти свое семейное счастье. И помнить: развод – не приговор! А иногда это шанс начать новую, более интересную и насыщенную жизнь.

#### Список литературы

1. Бебчук М.А., Жуйкова Е.Б. Системный подход к психологии семьи. – М.: ДСиМП, 2009.
2. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. -С-Пб.: Речь, 2001.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, -С-Пб.: Питер, 2000.
4. Хоментаскас Г.Т. Семья глазами ребенка. –М.: Педагогика, 1989.
5. Шапарь В.Б. Практическая психология. Инструментарий. Ростов-на-Дону.: «Феникс», 2005

## **Беспронимчивая стратегия в семейной терапии**

*Николаев Д.Л.*

*Белорусский государственный педагогический университет им. М.Танка,*

*г.Минск, Беларусь*

*dln-psy@mail.ru*

*Ключевые слова: семейная психотерапия, чувства, эмоции, любовь*

В теории семейного консультирования и психотерапии выделяют большое многообразие подходов и говорят об их плюрализме, имеющем как сильные, так и слабые стороны [2]. В рамках данного сообщения нас интересует только феноменологический подход, позволяющий здесь и сейчас решить конкретную психологическую проблему, с которой семья пришла на прием к терапевту. Данный подход широко используется в гештальт-терапии, которая весьма успешно может быть тактикой в описываемой стратегии. Именно в этом контексте стратегия успешно используется при семейном консультировании в социально-психологическом центре Белорусского государственного педагогического университета им. М.Танка.

Теоретический смысл стратегии довольно прост: поскольку абсолютное число браков нашего региона (официальных или гражданских) заключаются по любви (с точки зрения супругов), то это чувство и является фундаментальным в образовании новой ячейки (новой семьи), состоящей из совершенно посторонних до недавнего времени людей. Если же семья обращается за психологической помощью, то на момент обращения это чувство перестало играть свою системообразующую роль, т.е. оно на данный момент «исчезло». Вероятно его нужно найти? Поскольку любовь является естественным чувством и фундаментальной потребностью человека, без удовлетворения которой невозможна его самореализация [3], то ее не нужно искать, она не исчезает, но, как хорошо известно из психодинамического направления психотерапии, может быть подавлена другими, более сильными чувствами.



Чувства, которые испытывает человек, невозможно выразить на логическом уровне, но это не умаляет их роли в поведении. При этом все чувства, присущие человеку, вполне можно ранжировать по субъективному диапазону "тонкости – грубости" или по степени их агрессивности [4]. На нижних ступенях разместятся грубые агрессивные чувства: боли, страха, гнева, ревности, обиды, раздражения и пр. Выше будут стоять чисто сексуальные чувства, выше - эгоистические, связанные с обладанием и достижениями, а чувство любви будет занимать один из верхних этажей. Как и в пирамиде Маслоу, чтобы проявилась любовь, чувства нижних уровней должны быть уравновешены, иначе они будут подавлять чувство любви. Когда же семья приходит на прием, то вполне очевидно, что на данный момент актуализировались некие агрессивные чувства и нужно работать именно с ними. Если их нейтрализовать, то любовь проявится естественно без дополнительного поиска, что означает, что отношения между членами семьи вернутся под эгиду той любви, которая изначально сыграла системообразующую роль. Для нейтрализации агрессивных чувств могут быть использованы любые психотерапевтические методы и подходы.

Наиболее сложным вопросом в данной концепции, как оказывается, является само понятие любви. Если проанализировать многочисленные литературные источники (как научные, так и художественные) на эту тему, то оказывается, каждый автор под любовью понимает то, что он хочет. Иногда диаметрально противоположные вещи называются одним и тем же термином. Чаще всего неразбериха связана с тем, что иногда под любовью понимают вполне конкретное чувство любви, а иногда – определенные отношения между людьми, в которых фигурируют самые разнообразные чувства. Некоторые авторы, пытаясь понять и объяснить как в чувстве любви "обитают" другие чувства (обиды, раздражения, злости и пр.) пытаются разделить то, что чувствует человек на чувства и эмоции. Такой подход не вполне корректен, поскольку, как показывают исследования психологов, грань между чувством и эмоцией так и не найдена [1]. Кроме того, такое разделение искусственно, поскольку клиент, как правило, редко осознающий свои чувства, если и осознает, что испытывает чувство гнева, радости, обиды или чего-то еще, то ему абсолютно все равно эмоция это или чувство. Кроме того, с точки зрения психотерапевта, такое деление не дает никакой практической

пользы в ходе терапии. В рамках данного сообщения термин "чувства" используется для всего того, что человек чувствует.

Если говорить о чувстве любви, а именно на него и следует опираться в семейной терапии, то это чувство вполне конкретно, хотя в нем нет никакой логики, а следовательно, любое логическое определение чувства любви обречено на провал. Как можно логически определить то, в чем логики нет? Поэтому для описания любви используют метафоры, аллегории, сравнения и пр., но не прямое конкретное описание.

*Если же говорить о любви, как отношениях между людьми, то в них присутствуют самые разные чувства. Естественно одни чувства сменяются другими, другие третьими, чтобы затем опять перейти к первым. Так, например, если человек испытывает чувство гнева в контакте с партнером, то в этот момент чувство любви отсутствует (подавлено), и если назвать этот гнев любовью, то возникает недоразумение. Вполне логично, что когда чувство гнева будет выражено и нейтрализовано позитивом, то партнер вновь сможет испытать чувство любви. Такая смена чувств естественна, но чувства совершенно разные. Если бы человек всегда осознавал свои агрессивные чувства, адресованные партнеру, то он бы не путал их с чувством любви и мог бы более трезво оценить свое собственное влияние на атмосферу в семье.*

Очень часто партнеры понимают под любовью разнообразные положительные эмоции, связанные с противоположным полом. И в одну категорию попадают сексуальные чувства, эгоистические чувства (связанные с обладанием, превосходством, получением вознаграждений, подарков и пр.) и альтруистические чувства (связанные с самоотдачей, дарением вознаграждений, подарков и пр.). По-видимому, только последние могут реально относиться к любви и присутствовать не только в отношениях между полами, но и в любых отношениях: к людям, животным, природе, богу и т.д.

К сожалению, в научной литературе часто смешиваются понятия любви как конкретного чувства и любви как отношений между людьми. Даже в учебниках по семейному консультированию это не разделяется. Характерный пример-цитата: "Чувство любви большинству людей представляется специфичным и не сводимым к

другим понятиям, таким, как дружба, секс, симпатия и т. д. Любовь представляет из себя сложный комплекс переживаний, весьма разнообразных по содержанию и часто противоположных по знаку: с ней связаны эйфория, депрессия, нарушения сна, склонность к фантазиям, трудности в концентрации внимания и т. д. Весьма важным моментом является присутствие в любви негативных чувств." [5]. Казалось бы, в первом предложении все ясно – речь идет о чувстве любви. Но далее автор говорит о любви как о комплексе переживаний, причем в одну категорию попадают и эмоции (эйфория), и диагноз заболевания (депрессия), и некоторые его симптомы (нарушения сна, трудности в концентрации внимания). В других учебных пособиях аналогичная картина. В одном из них есть глава: "Развитие любви как чувства". Но уже в самом начале ее пишется: "Как рождается любовь? Первый этап — восхищение предметом любви"[2]. Если речь идет о чувстве восхищения, то это уже не чувство любви и, значит, речь идет не о конкретном чувстве любви, а о любви-отношении между партнерами с обилием разнообразных чувств. Нередко в учебниках по семейному консультированию можно найти классификации разных "видов любви": страстная любовь, придуманная любовь, романтическая любовь, слепое увлечение, совершенная любовь, братская любовь, безответная любовь, «измена», детско-родительская любовь, незрелая любовь, зрелая любовь и т.д. Сразу возникает вопрос: "Как такая классификация может помочь в консультировании, если под одним термином понимаются разнообразные и часто противоположные по знаку чувства?"

Работать терапевтически можно только с конкретными чувствами, с их осознанием клиентом. Поэтому, если говорить о любви как инструменте на психотерапевтической сессии, то следует иметь в виду конкретное чувство любви, которое в данной семье оказалось системообразующим, т.е. которое позволило сформировать данную семью. Причем нужно четко отделить это конкретное чувство от комплекса разноплановых чувств, присутствующих в жизни супругов. Работать практически приходится преимущественно не с чувством любви, а с теми агрессивными чувствами, с которыми члены семьи пришли на прием, тем самым помогая семье выразить эти чувства и пережить их.

## Список литературы

1. Ильин Е.П. Эмоции и чувства.-СПб.: Питер, 2008.-783с.
2. Карабанова О.А Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. — М.: Гардарики, 2005. — 320 с.
3. Маслоу А. По направлению к психологии бытия.- М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 272 с.
4. Николаев Д.Л. Подход к созданию шкалы чувств, отражающей колебания эмоциональной жизни клиента. — 2014.- Психотерапия.-, 2 (134).- С. 70-74.
5. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под общ. ред. Н.Н. Посысоева. — М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. — 328 с.

## **Психотехнология терапевтической работы с семейной тайной**

***Олифирович Н.И.***

*Белорусский государственный педагогический университет*

*г. Минск, Беларусь*

*E-mail: olifirovich@gestalt.by*

*Ключевые слова: семья, семейная тайна, анализ семейной тайны, психотехнология работы с семейной тайной*

### **Введение в проблему семейных тайн**

Семейная тайна – факт из жизни семьи, относящийся к определенному историческому периоду, оказывающий влияние на структуру и коммуникацию семьи,

обладающий высокой эмоциональной заряженностью (валентностью) и вследствие сокрытия ведущий к разрушению внутрисемейных отношений.

Чтобы событие стало семейной тайной, существуют достаточные и необходимые условия:

1. Невозможность принятия и открытого проговаривания данного события вследствие его несоответствия внутрисемейным или социальным нормам и правилам.
2. Отсутствие внутрисемейных ресурсов для проживания данного события.
3. Сильные эмоции и переживания, сопровождающие данное событие: гнев, обида, страх, стыд, презрение, зависть.
4. Фантазии об осуждении, отвержении семьи или полном ее разрушении вследствие раскрытия тайны.
5. Прямое или косвенное влияние тайны на остальных членов семьи.

Очевидно, что наличие тайны и тщательное избегание любых о ней упоминаний зачастую ведет к тому, что психолог может пойти по неверному пути. Несомненно, детерминистское объяснение любых актуальных событий может быть многозначным, однако наличие тайны часто приводит к тупику, неверным интерпретациям, выбором неадекватных стратегий работы. Кроме того, возникают проблемы этического характера: неизвестно, что скрывается за избегаемыми темами, «пропавшими» людьми, исчезнувшими из жизни семьи периодами. Точка бифуркации в семейной системе – это точка риска, и неизвестно, выдержит ли семья рассекречивание шкафа с семейным скелетом. Поэтому для построения продуктивного рабочего альянса психологу в случае предположения о наличии семейной тайны нужно тщательно проверить эту гипотезу. Если она верна, важно аккуратно и с уважением к семье прояснить как аффективное поле, окружающее тайну, так и ее содержание.

Р.Р. Гринсон, описывая работу с секретом, замечает: «Секрет уже по своей природе является важным психическим событием и должен быть проанализирован. Никакого компромисса по этому пункту быть не может. Фрейд (1913) выражает это мнение очень ясно, когда объясняет, что если психоаналитик позволит существовать секрету любого рода, все табуированные воспоминания, мысли и побуждения будут скрыты в этом убежище и ускользнут от анализа. Он сравнивает это с тем, что

произошло бы в деревне, если бы полиция предоставила возможность существовать какому-то месту, где бы она не осуществляла свою власть. Все отбросы общества собрались бы там и, следовательно, избежали бы обнаружения» [1, с.148-149].

Именно поэтому необходимо тщательно прорабатывать все аспекты семейных тайн. Мы работаем с семейными тайнами так же, как и с любыми другими формами семейных защитных процессов. Важно избежать продавливания, запугивания, собственных объяснений, а прорабатывать тайны с необходимой тщательностью и глубиной. На первых этапах терапии для нас важно даже не само содержание тайны, а те мотивы и чувства, которые заставляют семью держать событие в секрете.

Работа с тайной включает исследование еще одного аспекта: цены за ее сохранение и цены, по которой она достанется раскрывшим ее.

*Ценой за хранение тайны* могут стать хронические чувства стыда и вины, тревога, страх, ощущение собственной грандиозности или никчемности, невозможность строить настоящие, искренние отношения, отказ от любви и доверия, отсутствие совместно переживаемого опыта близости и сопричастности, депрессии, панические атаки. Бремя тайны иногда несут на себе несколько поколений.

*Ценой раскрытия секрета* бывают все те же стыд, вина, злость, обида, зависть, но с появлением важных переживаний и чувств – облегчения и надежды. Даже если вначале привычный мир рушится, то со временем появляется чувство устойчивости, стабильности, доверия к новому миру и своей семье. Важно понимать, что намерением у тех, кто решил хранить тайну, была защита себя, своей семьи, своих близких. И вначале никто не предполагал, к каким последствиям привел это «скелет в шкафу», превратившийся в призрака, терзающего несколько поколений.

Тем не менее, сохраняется тревога, что «выболтавший секрет» член семьи понесет наказание за свое «предательство». Интересно, что одним из психоаналитических объяснений болезни Зигмунда Фрейда (рак гортани) было не его постоянно курение, а раскрытие табу и секретов, связанных с эдипальной фазой развития: его собственным влечением к матери и соперничеством с отцом.

Проработка семейной тайны обычно включает и аффективный, и мотивационный, и содержательный аспекты. Приведем структурно-содержательную модель работы с

семейными тайнами. Психотехнология работы может включать этапы, которые представляют собой взаимозаменяемые или параллельные модули терапевтического процесса.

### **Этапы работы с семейной тайной**

#### **Этап 1: «Что-то не так»**

*Первый этап работы с тайной* - обнаружение психотерапевтом странного, непонятного, нелогичного поведения у одного или нескольких членов семьи при отсутствии адекватных объяснений. Иногда члены семьи описывают действия, поведение, выборы, совершенные как бы в измененном состоянии сознания (не знаю почему, но...). На этом этапе диагностируется наличие иррациональных чувств и переживаний, необъяснимых тревоги и страха.

*Секс только после пятидесяти лет.*

*Татьяна, участница обучающей программы по семейной терапии, 34-летняя женщина, рассказала, что она прохладно относится к сексу. Хороший муж, один ребенок, аборт не было, гинекологических проблем нет... Обсуждая с ней дальше тему сексуальности, я «зацепилась» за очень странную фразу: «Сексом можно спокойно заниматься только после 50-ти лет». Меня это удивило, и я спросила: а кто в ее семье пострадал из-за занятий сексом до 50-ти? Задумавшись, Татьяна сказала: «Моя бабушка. Она забеременела в 49, сделала подпольный аборт и умерла от сепсиса». Проговоренный и осознанный в этот момент страх «быть как бабушка и умереть из-за секса» много лет мешал супружеским отношениям.*

#### **Этап 2: «Белые пятна»**

*Второй этап работы с тайной* начинается тогда, когда при расспросах об определенном времени, событиях, отношениях между членами семьи выявляется наличие лакун, пробелов, непонятных событий в семейной истории. Иногда психотерапевт сталкивается с нежеланием говорить о каких-то событиях, людях, отношениях. Все эти сигналы могут служить маркером определенных семейных процессов: репрессии, расщепления, эксклюзии, регресса [2, с.49-57].

Иногда мы понимаем, что какая-то информация нарочно искажена, «затерта», «запрещена к воспроизводству». «Белые пятна», в отличие от географической карты, представляют собой давно открытые, но по каким-то причинам ставшие опасными карты семейной истории.

### **Этап 3: «Терапевтические гипотезы»**

Третий этап работы с тайной – это возникновение у терапевта и проверка терапевтических гипотез. Если у терапевта есть предположения, что семья что-то скрывает, и накопилось достаточно наблюдений, он может предъявить семье или клиенту загадочное, непонятное, странное, необъяснимое в их/его жизни, отношениях, поведении. Используя терминологию А.А. Шутценбергер, замечая необъяснимое в жизни семьи, мы зачастую сталкиваемся с работой призрака. «Призрак — это образование бессознательного, которое имеет особенность никогда не быть осознанным и возникает в результате перехода (каким образом - еще предстоит определить) из бессознательного родителя к бессознательному ребенка» [3, с. 164]. «Призрак – это работа в бессознательном, тайна, в которой невозможно признаться другому (инцест, преступление, внебрачный ребенок...). Его закон – вынужденное незнание» [3, с. 164].

Поиск логики происходившего и ответов на вопросы как в рамках жизни отдельного человека, так и в контексте расширенной семьи и иногда даже страны позволяет вплотную приблизиться к тайне. На этом этапе терапевт активно исследует чувства, переживания, фантазии, идеи, связанные с обсуждаемой темой, и выдвижение предположений о том, что именно может скрывать семейная история.

На этом этапе очень важно замечать подсказки, которые, как крошки хлеба, щедро рассыпаны на полотне семейной истории. Часть крошек склевали птицы, и поэтому бывает очень нелегко обнаружить следы прошлого. Настойчивость, доверие к интуиции, возможность посмотреть на ситуацию с разных позиций позволяют встать на правильный путь.

*«Август Раиш»*

*В кинофильме «Август Раиш» показана как раз такая история, где, несмотря на трудности, человек не сдается и ищет ответы на свои вопросы.*



*Эван растет в детском доме и очень верит, что его родители живы и любят его, ищут и обязательно найдут. Он даже отказывается от усыновления. Эван кажется окружающим довольно странным ребенком, потому что все время слышит музыку и верит, что будет ею профессионально заниматься. Ему кажется, что с музыкой связаны его родители (и это правда). Любовь к музыке, этот маленький намек на связь с кем-то или с чем-то большим, чем он сам, позволяет мальчику начать приключение, направленное на поиск родителей.*

*Зритель видит, что его появление на свет действительно связано с тайной. Лайла и Луис, мать и отец Эвана, молодые музыканты, влюбились друг в друга и провели вместе романтическую ночь. После этого они потеряли друг друга. Лайла ждет ребенка, но дедушка Эвана, отец Лайлы, не одобряет ни беременности дочери, ни ее выбора родить. Он подделывает документы, ребенка отправляют в детский дом, а Лайле сообщают, что ее сын умер.*

*Так отец портит жизнь своей дочери. После этого она бросает занятия музыкой и, похоже, живет в состоянии депрессии. Лишь перед смертью отец признается дочери в том, что ее ребенок на самом деле жив, и Лайла отправляется искать своего уже 12-летнего сына.*

*Одновременно Эван сбегает из детского дома, начинает играть музыку собственного сочинения на улицах... Пережив много трудностей и приключений, он все же обретает своих родителей.*

*Трогательный фильм показывает, как из лучших побуждений кто-то создает тайну, и как эта тайна разрушает жизни людей. Конец фильма символичен – тайна раскрыта, и семья снова может быть вместе. Но для этого нужно пройти нелегкий и опасный путь, пережить утраты и депрессию, отчаяться и вновь обрести надежду. И, конечно, узнать тайну.*

#### **Этап 4: «Археологические раскопки»**

На четвертом этапе особое внимание при работе с тайной уделяется исследованию семейной истории. Для этого используются методики «Генограмма», «Геносоциограмма», «Мультифокусированная генограмма», «Семейные фотографии»,

«Семейная реконструкция» и др. [2]. Можно предложить семье собрать дополнительную информацию: где жили члены расширенной семьи, какие семейные реликвии хранятся много лет, какие семейные традиции перешли от предков, какие рецепты «семейной поваренной книги» используются до сегодняшнего дня и др. На этом этапе и психотерапевт, и члены семьи, задающие вопросы, могут столкнуться с нежеланием остальных делиться фактами, информацией, историей. Однако анализ воспоминаний, семейных мифов, разговоры с родственниками зачастую позволяют обнаружить или восстановить содержание семейной тайны.

### *Дворяне и крестьяне*

*Альбина пришла на терапию из-за невозможности построить отношения с мужчинами. Мне она казалась очень нарциссичной: говоря о своих поклонниках, она все время употребляла слова «прол», «крестьянин», «люмпен»... Это казалось непонятным – у родителей Альбины не было высшего образования, в детстве они жили в деревне и были первым поколением, переехавшим в город.*

*Исследование семейной истории пролило некоторый свет на высокомерие Альбины. Ее прабабушка Вера была дворянкой. В середине 20-х ее отца арестовали. Вера с матерью убежала из России в Беларусь. Они бросили все: драгоценности, одежду, дом, взяв с собой только оставшиеся деньги, дворянскую грамоту, пожалованную семье в XIX веке, и несколько безделушек, напоминавших о прошлом. В Беларуси им пришлось нелегко, мать вскоре умерла, а дочь была под подозрением в буржуазном происхождении из-за своих манер и правильной речи. Над ней сгущались тучи, к тому же в нее влюбился какой-то немолодой высокопоставленный чиновник из Совнаркома, пытавшийся ее шантажировать.*

*Ее спас брак с прадедушкой – председателем колхоза. Она не любила его, но он «выправил» ей новые документы. По семейной легенде, где-то в сарае Вера закопала свою дворянскую грамоту. Вообще о ее дворянском происхождении стали говорить только в 90-х – до этого семейная тайна тщательно скрывалась прабабушкой даже от собственных детей.*

*Прабабушка Вера всю жизнь проработала учительницей, прожила долгую жизнь и умерла, когда Альбине было 3 года. Мама рассказывала Альбине, что прабабушка*

*придирчиво рассматривала девочку каждый раз, когда они приезжали в деревню, и говорила о девочке: «Наша порода, красавицей будет».*

*Я попросила Альбину принести на сессию фотоальбом, и мы рассматривали фотографии прабабушки и прадедушки. Несмотря на специфичность кадров 30-х годов, Вера выглядела вполне счастливой, о чем мы и говорили с Альбиной. Семейный миф о бедной прабабушке-дворянке, которой пришлось выйти замуж за крестьянина – а, точнее, рабочего-пролетария, члена партии, которого отправили поднимать сельское хозяйство – мешал девушке построить близкие отношения. Неосознанно идентифицируясь с прабабушкой, Альбина обесценивала всех мужчин, тем самым выражая агрессию «за дворянку, которой пришлось унизиться до брака с простым человеком». Наша работа была направлена на принятие всех частей своего рода – и дворянской, и пролетарско-крестьянской (которая, несомненно, была более весомой).*

*Через несколько лет после завершения терапии мне неожиданно позвонила Альбина. Она попросила одну сессию. Оказалось, в прошлом году умерла ее бабушка. Мама с папой решили переделать дом в деревне, построить баню и для этого снесли сарай. Копая яму для фундамента, они нашли ту самую дворянскую грамоту, серебряное кольцо и серьги XIX века, медальон с истлевшей фотографией – память о прошлом... Альбина говорила о переполнявших ее чувствах, о том, что она многое понимает о жизни своей прабабушки. Ее душу согревают слова прабабушки о «нашей породе» – будто она должна помнить об этом. Альбина почистила кольцо и серьги и носит их в торжественных случаях. И общается с «очень достойным мужчиной» – с ним у Альбины все движется к свадьбе, хотя, со смехом добавила Альбина, он не принц, а просто хороший человек.*

### **Этап 5: «Почему?»**

На пятом этапе, как только тайна раскрыта, необходимо «распутать» все события, чтобы понять, почему она так тщательно скрывалась. Здесь мы работаем, прежде всего, с фактами – с теми реальными событиями, которые произошли в тот или иной период жизни семьи. На этом этапе также важно проработать все чувства, релевантные семейной тайне: стыд, вину, обиду, зависть, ярость, ненависть, любовь, боль. Члену

семьи, проникшему в тайну, бывает очень тяжело, когда возникают такие чувства, как отвращение, презрение, безнадежность. Чем понятнее мотивы, желания, страхи и ограничения членов семьи, которых коснулась тень тайны, тем более «живыми», близкими и настоящими они становятся для остальных родственников. Проговаривание и проживание этих чувств, возможность заявлять о тайне и открыто предъявлять ее в семье позволяет избавиться от многолетнего груза, от «призрака», терзавшего семью.

### *Дедушка, пропавший в блокадном Ленинграде*

*Дарья, 32 года, замужем, убежденная вегетарианка, пришла на терапию разобраться, почему она не очень хочет заводить детей. Дарья сформулировала запрос так: «Муж хочет спиногрызов, а я не хочу». Это привело к конфликтам супругов – муж искренне не понимает, как можно не стремиться к тому, чтобы стать родителями.*

*Мы исследовали ее жизнь, историю родителей, бабушек и дедушек. В семье было только одно «белое пятно» – прадедушка. Они с прабабушкой остались в блокадном Ленинграде с двумя детьми. Прабабушка, бабушка и ее брат выжили, дедушка – нет.*

*В ходе расспросов всплыла очень неясная и мутная история. Прадедушка Дарьи пропал зимой 1942-го года. В семье так и говорили: «пропал». Никаких подробностей, ничего, что могло бы пролить свет на его судьбу. Более того, Дарья рассказала, что ее мама, психолог по образованию, уже строила генограмму. Она все время удивлялась, что бабушка, ее мама и брат ничего никогда не говорили о дедушке. Говорили про голод, очень много раз рассказывали о том, что совсем нечего было есть... И у мамы – внучки погибшего – всю жизнь было подозрение, что его съела своя же семья, иначе они бы не выжили...*

*Когда мы стали обсуждать этот неожиданный поворот истории, Дарья вдруг сказала: «Да, как же тут заведешь детей – а они тебя потом съедят», после чего с ужасом прикрыла рот ладонью.*

*Мы никак не могли проверить эту историю – все ее очевидцы уже умерли. Но призрак съеденного дедушки терзал молодую женщину. Возможность поговорить о своих страхах и сомнениях с другим человеком, обсудить причины того, как прошлое может влиять на настоящее, позволили Дарье разобраться в собственном*

двойственном отношении к детям. Зная и не зная одновременно о тех чудовищных событиях, Дарья осознанно перестала есть мясо, когда ей было 17. «Уж я точно не съела бы своих родителей», – сказала она в один из моментов терапии.

Мы обсудили тот факт, что уже никто не расскажет правду. Если же дедушку действительно съели – ценой за это была жизнь его детей, внуков, самой Дарьи. Похоже, именно в память о дедушке Дарья перестала есть мясо.

Фантазии, ставшие непроговариваемым семейным мифом, или жестокая реальность – они одинаково влияют на членов семьи. Иногда самая тяжелая правда бывает хуже предположений и воображаемых событий.

### **Этап 6: «Разделение духов»<sup>8</sup>**

*Шестой этап* связан с выходом членов семьи из неосознаваемых слияний (переплетений), из следования семейным сценариям, из повторений чужих судеб и поступков. Мне кажется, для описания этого процесса удачной является метафора «духа», или «призрака», который «вселился» в кого-то из членов семьи. Когда «дух» бабушки продолжает жить и действовать через внуку, внучка никогда не сможет жить своей жизнью.

Когда мы слышим в своей голове «голоса» (не в плане шизофрении, а в плане интроектов: «ты не должен так поступать», «в нашей семье такого никогда не было и не будет», «члены нашей семьи никогда/всегда...» и т.п.), когда мы делаем малоосознаваемые действия, относящиеся даже не к нашему собственному опыту, а опыту родителей и прародителей – это значит, что нами управляет «дух» или «призрак».

«Призрак» может переживать стыд, боль, печаль, раскаяние, и заставляет нас расплачиваться за то, чего мы не совершали. То, что случилось – уже случилось, и мы ничего не можем изменить. Интересно, что во многих фильмах ужасов используется идея призраков. Эти призраки бывают разными из-за различных причин их возникновения. Можно выделить следующие категории киношных призраков.

---

<sup>8</sup>Идея «разделения духов» была предложена Андреем Иришкиным. Я не уверена, что правильно его поняла, и рассматриваю этот процесс как символический.

*Мстящий призрак.* Он причиняет кому-то зло, потому что когда-то зло причинили ему или члену его семьи.

*Заботящийся призрак.* Он вернулся, чтобы позаботиться о ком-то из членов семьи.

*Предостерегающий призрак.* Он хочет предотвратить что-то ужасное, неприятное, болезненное.

*Разрушительный призрак.* Это неупокоенная душа, которая уже забыла о своем прошлом. У нее осталась одна функция: воевать.

Интересно то, что повторения в семье, обусловленные тайнами, чаще всего связаны с тем, что забыты или спрятаны важные для семьи события, уроки, отношения. И тогда «призрак» напоминает, заботится, предостерегает и одновременно разрушает – чтобы хоть как-то открыть дверь в прошлое, напомнить, переработать и отпустить.

Как раз на этом этапе мы выявляем «призрака», чтобы в последствии отправить его на свое место – в прошлое. Что бы ни было страшного, стыдного, болезненного в жизни семьи много лет назад – это было с кем-то другим, и важно это осознать и обозначить.

### ***Забытая бабушка***

*На обучающей группе по работе с семьей одна из участниц, Кристина, включилась в тему отношений с родственниками. Она сказала, что если в семье есть плохие люди, то их можно «выбросить за борт» и больше не вспоминать. Я спросила, кого именно она имеет в виду. Кристина ответила: свою бабушку.*

*Я спросила, жива ли бабушка. Однако Кристина ответила, что не знает: 4 года назад бабушка... пропала. Она ушла из дома и не вернулась. Бабушке, если она жива, 79 лет. За эти 4 года никто ни разу (!!!) не пробовал ее искать. Это показалось мне и группе очень странным. Участники начали задавать вопросы. В ответ Кристина сказала, что она хотела бы понять свое отношение к бабушке, потому что считает, что с бабушкой поступили справедливо. Однако, начитавшись разных книг, Кристина стала бояться, что еще кто-то из членов ее семьи может оказаться «выброшенным за борт», и попросила терапевтическую сессию.*

*Я предложила сделать расстановку и выбрать двух заместителей: для самой Кристины и для ее бабушки. Кристина поставила заместителей спиной друг к другу на большом расстоянии.*

*Мы с Кристиной наблюдали за процессом, когда заместитель бабушки подошел к заместителю Кристины и стал смотреть в глаза внучке. В это время сама Кристина, наблюдавшая за процессом со стороны, сказала, что ненавидит бабушку.*

*Я спросила: «Что сделала бабушка?». Кристина ответила: «Она убивала своих детей». Она рассказала, что у бабушки было всего 9 детей, однако трое умерли маленькими. «Но откуда известно, что она их убила?» - вновь спросила я.*

*«Когда пришло время родиться моему отцу, бабушка ушла в сарай на сеновал. Ее не было несколько часов. Когда ее сестра вошла в сарай, бабушка держала младенца на руках и собиралась его задушить. Сестра забрала ребенка и он остался жив», - со слезами сказала Кристина.*

*В это время заместитель бабушки тяжело осел на пол. Заместитель Кристины, не отрывая взгляда от бабушки, тоже села на пол.*

*-То есть о том, что она собиралась убить твоего отца, известно только со слов тети, - переспросила я.*

*-Да, - ответила Кристина.*

*-И он остался жить, у него родились дети, внуки...*

*-Да, - подтвердила Кристина.*

*-А что было с умершими детьми бабушки? Почему они умерли? Что об этом известно?*

*-Мало информации... Это было после войны, в 50-60-х. Было очень голодное время, дети очень болели. Но сестра бабушки всегда говорила, что это она их убила.*

*-А какого возраста были дети? – поинтересовалась я.*

*-Маленькие. Один вроде новорожденный, двое других – до года.*

*-Но почему никто не провел расследование? Ведь даже тогда, когда дети умирали, легко можно было обнаружить причину их смерти.*

*В этот момент заместитель Кристины сказала первые слова: «Я боюсь тебя, бабушка».*

*Но Кристина, стоя рядом со мной, не смотрела в сторону разворачивавшегося действия.*

*-Скажи, а кто-нибудь еще считал бабушку убийцей? – спросила я.*

*-Да, вся семья, - ответила Кристина. – Она была жестокой, или, если правильнее – ожесточившейся...*

*- Почему?*

*-Потому что было тяжело... Жизнь у нее была ужасная... Голод, работа, обязанности... И все же она вырастила столько детей...*

*-И ты это хорошо понимаешь, потому что у тебя самой четверо детей, - сказала я. – Много, как и у твоей бабушки... Этим ты на нее похожа..*

*-Да... Я одна такая в семье – у остальных один или двое детей - , задумчиво произнесла Кристина и в первый раз взглянула на сидящих на полу заместителей.*

*Она смотрела на них, и ее лицо начало меняться. В это время сидевший на полу заместитель Кристины заплакал. А бабушка молча смотрела на заместителя внучки со скорбью и печалью в глазах. Я спросила у заместителя Кристины, что с ней происходит. Глядя на бабушку, она сказала: «Я ничего о тебе не знала и не знаю».*

*И это было правдой. Кристина не знала многого о жизни бабушки, а сейчас она не знает даже того, жива ли ее бабушка.*

*Я предложила Кристине занять свое место в расстановке. Сев на пол, Кристина вначале закрыла глаза. Когда она их открыла, в глазах стояли слезы.*

*Бабушка молчала. Кристина тоже молчала. Эта пауза была очень долгой, и вдруг Кристина заговорила. Она говорила тихо, но в группе, казалось, был бы услышан даже шепот.*

*-Я всю жизнь считала, что ты плохая... Но ведь правда я не знаю, какая ты, кокой ты была... Ты вырастила шестерых детей... Это так сложно – я знаю, у меня их четверо... И я не знаю, что было в твоей жизни, но все годы я тебя осуждала... Мой папа – он ведь твой сын... Но он не искал тебя с тех пор, как ты пропала... И я почему-то думала, что это правильно, что ты этого заслуживаешь... Но я как представила – я пропала, меня никто не ищет... Значит, я никому не нужна... Я подумала - ведь ты –*



*моя бабушка, и во мне течет твоя кровь... Во мне есть часть от тебя... А я о тебе даже не хотела вспоминать...*

*В этот момент Кристина горько заплакала. Бабушка продолжала смотреть на нее.*

*-Я сожалею, - сквозь слезы сказала Кристина. – Никто не заслуживает такой судьбы – чтобы родные дети не вспоминали... Я буду помнить о тебе, бабушка... Я буду помнить, что ты у меня была.*

*В этот момент лицо бабушки изменилось. Она чуть улыбнулась, глядя на Кристину, и кивнула головой.*

*-Можно обнять тебя? – спросила Кристина.*

*Бабушка молча кивнула.*

*Не вставая с пола, Кристина придвинулась к бабушке. Она обняла ее, и от этих людей, наконец-то встретившихся после стольких лет отчуждения, веяло надеждой.*

*Я попросила Кристину сказать только одну фразу: «Сегодня я нашла тебя, бабушка». Плача, Кристина произнесла эти слова. Они с бабушкой долго смотрели друг на друга, и в этом взгляде было больше, чем в словах. На этом мы завершили процесс.*

У бабушки были все шансы превратиться в «призрака», терзающего впоследствии семью в результате допущенной несправедливости. Признание связи («мой папа – твой сын», «ты – моя бабушка», «во мне течет твоя кровь») позволили восстановить членство бабушки в семье и «втащить» ее обратно в «семейную лодку».

### **Этап 7: «Принятие, уважение, благодарность»**

Семье не просто важно узнать – важно *принять и согласиться* со всем, что было. Поэтому *на седьмом этапе* необходимо поддержать процесс выражения уважения и благодарности всем членам семьи. Это позволяет признать все факты, восстановить целостность системы, вернуть право на принадлежность всем исключенным и забытым. Задача психотерапевта – помочь семье связать все события в новую историю, новый нарратив, где каждое действие интерпретируется как желание принадлежать к семье и защищать ее целостность.

Важно поддержать восстановление у членов семьи способности выбирать в экзистенциальном смысле этого слова и осознавать ответственность за свой выбор. Признаком хорошо проделанной работы является способность каждого участника терапии найти свое собственное место в семейной системе. Также важно кларифицировать, прояснить границы системы (они – это они, мы – это мы, я – это я).

Человек, способный учитывать оба контекста: я – член семьи (принадлежность, включенность) и я – самостоятельная личность (дифференцированность, отдельность) может «любить и работать» (З.Фрейд). Он может выбирать – хранить секрет или разделить его с Другими. Он может Жить, потому что раскрытие семейных тайн – это еще и восстановление витальности, способности дышать, рисковать и действовать.

Работа с семейными тайнами – тяжелая и часто довольно длительная, но всегда очень глубокая и ресурсная. Проходя через отчаяние, боль, погружаясь в депрессию и безнадежность, семья учится видеть, понимать и замечать сложность и неоднозначность любого события. Семейные тайны иногда показывают нам примеры беспредельных человеческих страданий, перед лицом которых члены семьи могли лишь оставаться терпеливыми и стойкими. Работая с семейными тайнами, мы начинаем понимать, что факты никогда не бывают просто фактами – они вплетаются в определенный период жизни социума, семьи и отдельных людей. Свадьба и смерть, чудесное избавление от проблемы и трагический разрыв, благородная жертва и волшебное воссоединение, осуществление заветной мечты и крушение всех надежд – за всем этим стоят не просто люди, но члены семьи, связанные между собой кровными узами, обстоятельствами и обязательствами, жизнью и смертью. Поэтому бережное исследование и принятие этих фактов, а также их ре-интерпретация освобождают энергию для жизни и творчества, как всей семьи, так и отдельных членов системы.

#### Список литературы

1. Гринсон, Р.Р. Техника и практика психоанализа / Р.Р. Гринсон. –М. : [б. и.], 2003. — 478 с.

2. Олифирович, Н.И. Терапия семейных систем/ Н.И. Олифирович, Т.Ф. Велента, Т.А. Зинкевич-Куземкина. – СПб.: Речь, 2012. – 570 с.

3. Шутценбергер, А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы / А.А. Шутценбергер. – М.: Ин-т психотерапии, 2001. – 240 с.

**Психологическое консультирование  
принимаящих семей в детской психиатрической клинике**

*Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б., Усачева Е.Л.*

*Кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В.*

*Ломоносова; НПЦПЗДиП ДЗМ, Москва, Россия*

*[rech5@mail.ru](mailto:rech5@mail.ru)*

Развитие семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, процессы деинституализации привели к росту внимания к проблемам семей, воспитывающих приёмных детей, со стороны помогающих специалистов. Одной из актуальных практических задач является помощь принимающим семьям, оказавшимся в кризисной ситуации, связанной с острыми детско-родительскими конфликтами, сложностями адаптации ребенка в семье, обострением поведенческой симптоматики детей с наступлением пубертатного возраста. Кризисы в принимающей семье связаны с риском вторичных отказов, из 18 семей, консультированных нами в остром отделении психиатрической больницы, 15 – озвучивали желание расторгнуть усыновление (опеку, патронатный договор). Необходимо отметить, что 1 ребенок имел диагноз шизотипическое расстройство (F21), остальные - не имели тяжелой психической патологии и получили диагнозы расстройства адаптации, реакция на тяжёлый стресс (F43), расстройства поведения (F91), в том числе, ограниченные рамками семьи, а также эмоциональные расстройства (F93). В связи с этим, стало актуальным выделение ряда

принципов, основных направлений психокоррекционной работы с такими семьями. При анализе хода психокоррекционных занятий с 18 принимающими семьями в остром отделении для девочек подростков были выявлены следующие организационные аспекты, значимые для хода консультирования: (1) сам факт назначения семейной психокоррекционной работы, в случаях, если семьёй рассматривается решение о вторичном отказе от ребенка, вызывает сопротивление у семьи, выражающееся в отказе от семейной формы работы, активном или пассивном «саботаже» в ходе консультирования; (2) многие принимающие семьи сохраняют тайну принятия ребёнка, или обсуждение факта «приёмности» является неодобряемым в семье; в связи с этим, важно получить предварительное согласие семьи на обсуждение этой темы в ходе психокоррекционной работы; (3) различия в юридических формах семейного устройства предполагает разную степень включенности специалистов в жизнь семьи, иногда - временность нахождения ребёнка в семье, некоторые формы подразумевают материальное вознаграждение родителям; прояснение юридических тонкостей влияет на понимание структуры семьи, позволяет определить ее состав на консультации, в зависимости от значимости фигур, не входящих в ее нынешний состав (специалисты, предыдущие приёмные родители, кровные родственники, приёмные родители кровных сиблингов); (4) приёмный подросток априори находится близко к внешней границе семьи, нередко госпитализация позволяет временно исключить его из ее состава; на этапе организации консультирования важно договориться с семьёй о сохранении его статуса как члена семьи на период психокоррекционной работы, о минимальном подтверждении этого статуса (посещении ребёнка приёмными родственниками в родительских дни, соблюдении договоренностей по продолжению семейных занятий).

В ходе консультативной работы с принимающими семьями важно обращать внимание на следующие особенности хода психокоррекционного процесса:

1. Сложность перехода с индивидуального фокуса работы на системный. Формулировка гипотез в системном ключе требует ясной связи с наблюдаемой симптоматикой, необходимо прояснять семье, что гипотезы и интервенции, связанные с семейными взаимоотношениями не исключают значимость индивидуального уровня анализа возникновения проблем.

2. Влияние мотивации к принятию ребёнка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Разочарование, в связи с нереализованными ожиданиями от присутствия приёмного ребёнка в семье, нередко требует работы с родителями, направленной на поиск новых смыслов для его воспитания, работы с чувствами горя и потери, а также развития общесистемной гибкости.

3. Влияние отношения взрослых к кровной семье ребёнка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Циркулярная последовательность, включающая симптоматическое поведение, нередко приводит к специфическому обсуждению темы «приёмности» в семье, что может быть своеобразной вторичной выгодой симптомов (констатация общности ребёнка с кровной семьёй, подтверждение преимущества принимающей семьи перед кровной, озвучивание непроговариваемых сомнений в том, что ребёнок должен остаться в семье и т.д.). В ходе консультирования требуется выведение этих значимых процессов за пределы симптоматического поведения и их легализация.

В связи с тем, что оценка снижения выраженности симптоматического поведения в результате психологической работы затруднена из-за исключенности на время госпитализации ребёнка из семейной системы, под позитивной динамикой в развитии семьи нами подразумевается: (а) формирование сотрудничающей позиции родителей по отношению к специалистам; (б) принятие родителями стабильного на период психокоррекции решения о нахождении ребёнка в семье, обозначение границ и условий решения; (в) готовность всех членов семьи напрямую обсуждать тему нахождения ребёнка в семье; (г) уход от обвинений в адрес ребёнка, признание совместной ответственности за кризис; (д) расширение социального поля семьи в поисках помощи при совладании с кризисом, формирование планов на его преодоление после выписки из больницы; (е) признание факта «приёмности», готовность говорить о специфике взаимоотношений с приёмным ребёнком, его истории, кровной семье. Позитивная динамика такого рода наблюдалась в 13 семьях из 18 консультированных. В связи со значимостью создания развернутых программ оказания психологической помощи принимающим семьям, мы считаем важным продолжение исследований данной темы, в том числе и в условиях детской психиатрической клиники.

## **Семья как социальная сеть поддержки подростков с рискованным поведением**

*Пузыревич Н.Л.*

*Белорусский государственный педагогический университет*

*имени Максима Танка, г. Минск, Беларусь*

*natasha.puzirevich@tut.by*

*Ключевые слова: семья, социальная сеть поддержки, подростки, рискованное поведение.*

Процесс формирования личности имеет свою возрастную специфику, которая изучается представителями различных научных подходов. Однако общеизвестным является представление об уникальности подросткового возраста, о трудностях и противоречиях, которые сопровождают переход подростка во взрослую жизнь. Специфика этого периода в развитии личности заключается в том, что влияние общественных институтов и социальных групп, направленное на процесс социализации подростка, сталкивается с его непреодолимым стремлением к индивидуализации, подчеркиванию своей уникальности и неповторимости. Впервые подросток заявляет о себе как о личности с чувством собственного достоинства, специфическим кругом предпочтений и своим представлением о нормах и ценностях общества. Такая специфика поведения определяет ряд проблем, которые возникают на данном возрастном этапе и от способа решения которых зависит благополучие дальнейшего развития личности.

В психологической литературе при составлении психологического портрета подростка используются следующие характеристики: нестабильная, противоречивая в поступках и эмоциональных проявлениях личность, склонная к ролевому экспериментированию, риску и самоутверждению, с ярко выраженными реакциями эмансипации и формирующимся «чувством взрослости» [1]. Подросток входит в новую реальность и, соответственно, в новую систему отношений. Все так же, как и на

предыдущих этапах развития, подросток живет в обществе, практически ничего не поменялось в его ближайшем окружении. Однако он смотрит на тот же мир, но по-другому, так, как будто бы окружающая его действительность создана заново. И в ней, в этой действительности, – родители, упрекающие в нерациональности поступков и действий, и учителя, критикующие за ненадлежащие отношение к учебному процессу [3]. Очевидно, что источником значительного количества проблем, возникающих в подростковом возрасте, является заочное превращение подростков в проблемных, трудновоспитуемых детей на уровне общественного сознания. Учителя перестраивают стиль взаимодействия с демократического на авторитарный. Родители читают специализированную литературу о стратегиях общения с подростком, психологически настраивают себя на проблемы, которые, по их мнению обязательно появятся, как только ребенок достигнет возрастной границы от 11 до 15 лет. Они анализируют, где в прошлом они допустили ошибки при воспитании ребенка, что могло привести к формированию его негативизма и избеганию доверительного общения с родителями, хотя им следовало бы постараться понять значение подросткового возраста в дальнейшем развитии ребенка, осознать возможности данного возрастного этапа и ориентироваться не на прошлые достижения, а на будущие перспективы. Ведь, несмотря на кажущуюся утрату авторитета, семья остаётся ведущим ресурсом для обеспечения социальной поддержки в противоречивом подростковом возрасте. Достаточно вспомнить израильскую концепцию «Круги уязвимости», согласно которой всё, что происходит с человеком, находящимся в центре кризисного события, отражается с не меньшей силой на рядом расположенном круге – его семье и ближайшем социальном окружении.

Однако, как правило, во взаимоотношениях с родителями происходят значительные перемены, в результате которых наиболее значимым для подростка становится общение со сверстниками, безоговорочно понимающими и принимающими его. Только свою принадлежность к группе и уровень своих возможностей еще предстоит доказать. Одним из способов реализации подростком своих возможностей, презентации своего «Я» в группе сверстников выступает рискованное поведение.

Мы можем говорить о рискованном поведении современных подростков, если: их поведение характеризуется неопределенностью последствий, отсутствием

гарантированного результата; подростки «преодолевают себя», выходят за пределы собственных возможностей или выбирают стратегию поведения, отличающуюся от общепринятых стандартов и стереотипов; подростки осуществляют действия и поступки, связанные с опасностью для жизни, «экспериментируют» со своими собственными возможностями или осуществляют спонтанную деятельность, без предварительного планирования и осмысления ее содержания; поступки и действия подростков характеризуются импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью [4].

Теоретический анализ литературы свидетельствует о значительном влиянии на рискованное поведение подростков семейных факторов – наличия (отсутствия) ощущения принадлежности подростка к стабильной семье и социальной системе и наличия (отсутствия) структурных деформаций семьи. Следовательно, показателем взаимопонимания подростков с рискованным поведением и их родителей как значимых других является степень выраженности у них функциональной непрерывности.

*Функциональная непрерывность* – это разнообразные роли, в которых человек выступает в жизни и которые делятся много лет, создавая определенную ритуальность, стабильность и чувство того, что «сегодня предсказывает завтра» [2].

В нашем исследовании принимали участие 11 подростков с рискованным поведением и их родители [4]. Для определения степени выраженности у них функциональной непрерывности и выявления тех ее аспектов, которые нуждаются в психологической проработке, первоначально, была проведена диагностика, направленная на изучение их представлений друг о друге: проективная методика «Рисунок семьи», методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Е. Шафер), «Опросник родительских установок» (методика PARI), а также анкета для родителей «Знаете ли Вы подростковую психологию?». Полученные результаты показали, что, по мнению подростков, в воспитательном воздействии их родителей доминируют стратегии эмоционального отвержения, психологического контроля и скрытого контроля. Однако родители подростков с рискованным поведением не признают присущую им директивность, несмотря на то, что, как свидетельствуют результаты методики PARI, их отношение к семейной роли характеризуется стремлением к установлению родительского сверхавторитета, а отношение к своему



ребенку – чрезмерной заботой и вмешательством в его мир. Кроме того, установлено, что 36,4% (4 родительские пары), говоря о подростках, опираются на «ошибочные» теоретические представления о подростковом возрасте, 45,5% (5 родительских пар) руководствуются обыденным здравым смыслом, и только 18,1% (2 родительские пары) одновременно ориентируются и на специализированную литературу, содержащую достоверную информацию о подростках, и на результаты наблюдений за поведением своего ребенка, проявлением его индивидуальных особенностей.

Принимая во внимание все вышеизложенное, групповая работа вначале была направлена на формирование у подростков с рискованным поведением и их родителей адекватных представлений друг о друге посредством их участия в дискуссии «Грамота общения» и выполнения арт-терапевтической техники «Анонимный Список Претензий». Респонденты были распределены на два круга: во внутреннем круге размещались подростки с рискованным поведением, а во внешнем круге – их родители, причем так, чтобы подростки с рискованным поведением и их родители находились друг напротив друга. Затем было организовано индивидуальное осмысление и последующее обсуждение респондентами (в процессе взаимодействия в парах, а затем в группе) трудностей и противоречий, препятствующих взаимопониманию подростков с рискованным поведением и их родителей.

На следующем этапе групповой работы осуществлялось стимулирование ответственного отношения подростков с рискованным поведением к собственным поступкам и решениям, к принятию на себя «роли Взрослого» (поскольку целесообразно было уменьшить свойственное подросткам рассогласование между реально осуществляемой позицией ребенка и воображаемой взрослостью), а также стимулирование родителей к принятию на себя «роли Родителей Подростка» (учитывая необходимость повышения их информированности о психологических особенностях, преимуществах и недостатках подросткового возраста). Респонденты выполняли упражнение «Поставь себя на место другого», предполагающее взаимный обмен подростками с рискованным поведением и их родителями ролями (родители выполняли «роль Подростка», а подростки с рискованным поведением – «роль Родителей Подростка») с целью сближения, улучшения понимания и принятия позиции

противоположной стороны. Затем была организована ролевая игра «Я тебя знаю, я тебя понимаю», предполагающая анализ подростками с рискованным поведением и их родителями стратегий поведения в заранее разработанных психологических ситуациях, главными героями которых выступали подростки и родители подростков.

Заключительным этапом работы стало проведение семинара для родителей на тему «Как установить конструктивные отношения с подростками?», предполагающего обсуждение родителями в парах, а затем в группе стратегий взаимодействия с детьми подросткового возраста. Совместно с родителями были выделены и проанализированы психологические характеристики конструктивного и неконструктивного рискованного поведения современных подростков.

Следовательно, мы можем говорить о **конструктивном рискованном поведении** подростков, когда рискованное поведение: не снижает качества их повседневной жизни, не оказывает разрушительного воздействия на их здоровье, является средством адаптации к динамике современной жизни, способствует приобретению жизненного опыта, синонимично самопознанию и познанию окружающего мира, способствует самореализации, расширяет имеющийся потенциал, осуществляется только после осмысления его целесообразности и принятия на себя ответственности за его последствия, синонимично социальному экспериментированию, обеспечивает принятие себя и своего тела, способствует формированию собственной позиции по отношению к жизни, основано на открытости собственному опыту, чувствительности к самому себе и согласуется с физическими возможностями, не противоречит социально значимым ценностям. Посредством конструктивного рискованного поведения реализуется способность подростков нестандартно мыслить, творчески подходить к решению возникающих проблем, открывается мир собственных чувств и переживаний, обостряется чувство реальности происходящего. В то же время, мы можем говорить о **неконструктивном рискованном поведении** подростков, когда рискованное поведение: представляет угрозу для их здоровья и жизни, препятствует осуществлению жизненных планов, открытию своего истинного «Я», значительно превосходит уровень их физических возможностей, синонимично социальному протесту, героической смерти во имя высоких идеалов, используется для повышения престижа в глазах сверстников, с

целью вызвать к себе уважение или восхищение своими действиями. Подростки рассматривают неконструктивное рискованное поведение как смелый вызов, мужественное решение, позволяющее достичь желаемого любой ценой, и с его помощью стремятся к поиску и переживанию неизведанных, «острых ощущений», что может привести к многочисленным травмам, иногда не совместимым с жизнью.

Подводя итог всему вышеизложенному, следует отметить, что, можно сколько угодно говорить о сложностях и противоречиях подросткового возраста, однако такие противоречия сопровождают развитие личности на протяжении всего жизненного пути, а подростковый возраст отличается лишь потенциалом, который обретает личность по его окончании, и возможностью «вчерашнего» ребенка стать «завтрашним» взрослым. Подростку необходимы поддержка и понимание, так как, не пройдя через систему возрастных противоречий, не развивая свою индивидуальность, ребенок не сможет сформироваться как самостоятельная личность.

Поскольку риск выступает психологической характеристикой подросткового возраста и является одним из приоритетов современного общества, в групповой работе с подростками с рискованным поведением и их родителями, обсуждаемой на страницах данной статьи, осуществлена попытка представить конструктивный риск, стимулирующий самопознание, самоутверждение и самореализацию личности. Результатом групповой работы, направленной на восстановление функциональной непрерывности во взаимодействии подростков с рискованным поведением и их родителей, стало признание не только сложностей, противоречий, но и возможностей подросткового возраста. В данном контексте родителям подростков с рискованным поведением можно предложить следующие рекомендации:

1. Будьте открыты для нового опыта, так как трудно понять, кто больше «живет в реальности»: Ваш ребенок, следующий модным тенденциям прогресса, или Вы, пробуящие его «замедлять». Чем более профессионально Вы будете выглядеть в глазах собственного ребенка, говоря о рискованном поведении – тем больше у Вас шансов получить его доверие и предотвратить негативные последствия его рискованных действий и поступков.

2. Создайте возможности для творческой деятельности подростка, выходящей за рамки рискованного поведения. Побуждайте его к осмыслению совершаемых рискованных поступков, соблюдению допустимой меры риска.

3. Детство – это совсем не синоним безответственности. Начните больше доверять и меньше требовать, контролировать подростка, поскольку даже при тотальном контроле поведения невозможно научиться контролировать его мысли.

4. Создайте такую атмосферу в семье, чтобы подростки не искали безоценочной любви, внимания, сочувствия в воображаемой реальности.

5. Помните, рискуют не только Ваши дети, рискуете и Вы. Только для подростков рискованное поведение – это психологическая особенность возраста, а в Вашем случае риск связан с вопросом сохранения или утраты авторитета, с проверкой на прочность, гибкость и динамичность системы Ваших воспитательных воздействий. Ваши дети повзрослели, соответственно, им нужно другое общение, другой уровень отношений.

6. В ситуации, когда рискованное поведение синонимично понятию «конструктивное рискованное поведение», оно является возрастной нормой подросткового возраста, которую желательно учитывать, а не преодолевать. Реализация рискованного поведения в данном контексте приведет к формированию гибкости поведения, развитию творческого потенциала, индивидуализации и самоутверждению подростков. В ситуации, когда рискованное поведение синонимично понятию «неконструктивное рискованное поведение», стоит смягчать проявление его негативных тенденций не только через информирование подростков о мере допустимого риска, но и через формирование у них мотивации к самоконтролю и ответственности за осуществляемое поведение.

#### Список литературы

1. *Грецов А.Г.* Практическая психология для подростков и родителей. СПб., 2008.

2. *Лаад М., Хадоми Э.* Как справиться с кризисом или бедствием (Шаг за шагом): Теория, практика и способы вмешательства. URL: <http://www.silkhighway.org/ru/stepGuide.aspx>.

3. *Панзарин С.* Ваш подросток от 11 до 14: о том, что творится у него внутри и почему он такой снаружи. Екатеринбург; М, 2008.

4. *Пузыревич Н.Л.* Социальные представления о рискованном поведении у современных подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук: (19.00.05). Минск, 2012.

### **Системная психологическая профилактика в целях позитивного развития молодой семьи в современной России**

*Розенова М.И.*

*МГГУ им. М.А. Шолохова*

*profi1234@yandex.ru*

*Аннотация: В статье рассматриваются вопросы организации системы эффективной психологической помощи молодой семье в современной России. На примере статистических данных показана острота актуальности и необходимость срочных психологических мер по предотвращению распада молодых семей. Рассмотрены возможности системной организации психологического сопровождения молодой семьи на всех этапах ее существования.*

*Ключевые слова: молодая, семья, система, профилактика разводы, программы.*

Современная молодая семья является наиболее важным объектом исследований в области семейной проблематики, поскольку определяет перспективы и потенциалы зрелой семьи, способной быть фундаментом общественно-экономического развития страны.

В фокусе проблем молодой семьи, безусловно, находится факт массового распада молодых семей, практически в первый год, а точнее даже в первые два – три месяца своего существования. Дело осложняется тем обстоятельством, что значительное число браков регистрируется в виду беременности молодой супруги (Гокова О.В., 2015; Зудилина И.Ю., 2007; Карташева Т.Е., 2009; Мерзлякова С.В., 2012; Полятинский Д.Л., 2015), и скоропалительный распад семьи автоматически влечет за собой потенциалы «одиначного» родительства, со всеми известными, вытекающими отсюда, проблемами.

Далее, общество получает ситуацию «замкнутого круга», который сам по себе производит целый спектр дополнительных, первоначально латентных, но «долгоиграющих» и весьма существенных проблем (Розенова М.И., 2015).

Лучшие аргументы о необходимости актуальной и быстрой (в смысле, чем скорее начнем, тем лучше) терапевтической, профилактической и просветительской работы с молодой семьей, равно как и пристального полноценного научного изучения молодой российской семьи и молодежи в целом, представляет неутешительная статистика последних лет. Например, по статистике прошлого (2014) года, с января по сентябрь в Москве зарегистрировано 77.683 браков и 33.687 разводов (из этих же браков), что на 833 случая больше, чем за тот же период предыдущего (2013) года. По 2015 году еще вы выставлены окончательные цифры, но ситуация не улучшается, а напротив: рост разводов среди молодых семей приближается к формуле «каждая вторая» (вместо наличной «каждая третья»).

Проблемы молодой семьи, безусловно, отражают не только общественно-экономическую ситуацию в мире, но и проблемы личности: что есть человек в современном мире, что им движет, какие смыслы своего существования он находит, с кем хочет осуществлять совместное бытие, как долго и т.п. (Альжанова Д., 2012; Данилова Н.С., 2015; Лихачева Э.В., Денисова А.А., 2015; Полятинский Д.Л., 2015; Розенова М.И., 2015).

Трансформации института семьи неизбежны. В современном мире мы уже имеем достаточное разнообразие форм семейной организации: параллельные семьи, гостевые, образуемые людьми нетрадиционной ориентации и т.п. Но, все разговоры про отмирание семьи и ее распад, скорее относятся с досужим разглагольствованиям и

непрофессиональному взгляду. Специалистам совершенно очевидно, что семья, как компонент и даже фундамент эволюции сохранит свое значение. Другое дело, какой именно она будет, какие формы обретет?! (Розенова М.И., 2013; Розенова М.И., Брантова Ф.С., 2014; Чеботарева Е.Ю., 2015) В этом смысле, наука почти не успевает за реальностью (Розенова М.И., 2015, 2013).

Страны запада, ранее других пережившие сексуальную революцию и в полной мере ощутившие на себе последствия развала семьи, первыми же и начали разрабатывать и вводить реабилитационные и сопроводительные программы, направленные на поддержание нормального функционирования семьи и помощь в ситуациях семейного кризиса и развода. Внедрение подобных социально-психологических и психолого-педагогических (в том числе просветительных) программ, обеспеченных социально-финансовой поддержкой на государственном уровне началось примерно с 1948 года (США, Канада, Англия и некоторые другие страны Европы), и только к настоящему времени (буквально в последнее пятилетие), результат этой трудо- и времяемкой работы стал очевиден в полной мере, в частности по резкому сокращению количества разводов и дисфункциональности в развитии и существовании семьи (Розенова М.И., 2012).

Это не означает, что на западе в плане семейной жизни наступило время благодати – проблем всегда хватает, но общество в целом оказалось психологически грамотным в подходах к организации и осуществлению жизни в семье. Это выражается как в повышении ответственности за принятые роли супругов и родителей, так и в плане более точных действий в ситуации внутрисемейных противоречий и конфликтов (Карташева Т.Е., 2009).

Большую роль в плане поднятия престижа и ценности семьи сыграл кинематограф (по-прежнему, «главнейшее из искусств»). В последнее десятилетие западные фильмы (в том числе сериалы) просто «пропитаны» психологически выверенными моделями поведения, демонстрирующими ответственное отношение к семье, преодоление семейных трудностей, правил восстановления семейных связей и отношений (Альжанова Д., 2012; Гокова О.В., 2015; Зудилина И.Ю., 2007). Таким уровнем и

качеством подачи аналогичного материала в отечественном кинематографе мы пока не можем похвастаться, за исключением нескольких работ.

Можно ли что-то сделать в нашей стране реального (а не формального или развлекательного) в плане нормализации ситуации, связанной с семьей и особенно с молодой семьей? Ответ однозначно положительный. Единственное условие эффективности любых предпринимаемых усилий - это системность и комплексность.

Мы не отрицаем того, что есть направления работы, которые уже осуществляются в направлении поддержки семьи (материнский капитал, наличие подразделений, занимающихся разными семьями в службах социальной защиты населения, открытие центров подготовки кандидатов в замещающие родители и центров сопровождения замещающих семей и многое другое). Проблема заключается в том, что все эти мероприятия осуществляются, преимущественно на *социальном* уровне работы (чуть более формальном и дистанцированном от сущности самого человека), и его жизненно *необходимо дополнить психологическим* уровнем, который отражает самого человека во всем своеобразии его индивидуальности, и позволяет работать с внутренними составляющими потребностей и переживаний личности каждого.

Наши предложения касаются комплекса программ, актуальных для сегодняшнего дня и позволяющих (в случае их реализации) достаточно быстро получить ощутимые изменения в обществе относительно позитивного развития его семейной составляющей. Только наличие грамотной, системно организованной *психологической* (а не только социальной) *работы* по развитию и сохранению семьи может позволить обществу выйти из потока надвигающегося хаоса, связанного с ситуацией распада и развала семьи, которая влечет за собой или усугубляет повышенную криминализацию, наркотизацию, невротизацию, психопатизацию, суицидальное поведение и т.п. проблемы в обществе [9].

Для достижения наиболее эффективных результатов необходимо сосредоточить усилия по ряду *ключевых направлений*, которые выступают с одной стороны, «точками блокировки проблем», а с другой стороны, являются «точками активации и позитивного развития семьи».



В качестве **ключевого** направления организации психологической работы с семьей (исходя из сложившейся ситуации) мы бы определили **работу с брачной парой**, поскольку именно она является основой семьи, а взаимоотношения в брачной паре формируют общий психологический климат семьи (ее благополучие или разлад). Мы не обсуждаем здесь проблему психологического просвещения и обучения населения в области семейных отношений, поскольку для нас это изначально *«ноль-позиция»*, т.е. *обязательная* и имплицитно подразумеваемая как имеющаяся в наличии (в состав этой «нулевой» обязательной позиции входит просвещение в системе общего и профессионального образования, дополненное возможностями профессионального психологического и социально-педагогического сопровождения семьи на всех этапах ее существования).

**Системная работа с молодой семьей** должна включать в себя несколько компонентов. Мы назвали эту программу *«Моя семья – мое будущее»*.

Данная программа ориентирована на сохранение и развитие молодой семьи. Основная цель программы - помочь сохранению только что организованной семьи, чтобы она могла существовать (а не распалась при первых ссорах) и позитивно развиваться из молодой в зрелую семью, обладающую ресурсом развития и позитивного преодоления проблем и дисфункций.

Настоящая программа является наукоемким и практико-ориентированным проектом, создающим мощную профилактику и актуальную коррекцию социальной дестабилизации общества. Одновременность практической психологической работы и возможности научного исследования современной молодой семьи делают данный проект совершенно уникальным и полифункциональным.

Объединение практического и научно-исследовательского компонента предлагаемого проекта возможно за счет привлечения специалистов высочайшего уровня, работающих в области и научной психологии (владеющими методами научного исследования и анализа) и в области психологической практики. Возможность привлекать научные силы (специалистов различных научных баз – университетов, научных и практических центров) делают проект надежным и перспективным, особенно в плане интеграции и трансляции полученного опыта, посредством развития

магистерских программ, курсов повышения квалификации, мастер-классов, проведения конференций и т.п.

Предлагаемое направление работы с молодой семьей является одним из ключевых, которое является, с одной стороны, блокиратором семейных и социальных проблем, и, с другой стороны, точкой активации позитивного ресурса развития семьи.

***Компоненты программы «Моя семья – мое будущее»:***

**0 компонент:** массированное и ***системное психологическое просвещение*** в системе общего и профессионального образования, а так же в общей системе массовых коммуникаций. Сбалансированная и грамотная, *научно обоснованная политика* в области семьи.

**1 компонент: Предбрачное консультирование:** обязательное прохождение парами, подавшими заявление о регистрации брака, специализированного психологического тренинга, или хотя бы, оригинального специализированного психологического семинара (семинаров) для пар, желающих вступить в брак.

***Результаты:***

Участие в тренингах и семинарах позволит участникам:

сформировать более реалистичное и ответственное представление о семейных отношениях и функционировании семьи, в целом; составить более адекватное представление о собственных мотивах вступления в брак и мотивах партнера, сформировать психологическую готовность к более зрелому и адекватному восприятию семейных отношений и их динамики в процессе развития семьи; оценить степень своей персональной готовности к браку и построению семьи.

**2 компонент: Работа с парами, которые недавно (в течение года) зарегистрировали брачные отношения.**

Для таких пар оптимально прохождение специализированной программы (или тренинга), направленного на формирование *крепкой* брачной пары («единой команды»), способной осознавать-понимать и «работать» с возникающими трудностями.

***Результаты работы:*** формирование у молодоженов компетентной позиции относительно развития семейной жизни и брачных отношений:

-формирование реалистичного и верного (а не иллюзорно-искаженного) понимания того, как будет развиваться их *конкретная* семья, какие трудности и проблемы будут возникать, и как можно решать возникающие трудные ситуации и т.п.;

-приобретение навыков предотвращения длительных затяжных конфликтов;

-акцентирование тех сфер, которые в большей мере определяют семейное благополучие;

-приобретение опыта решения семейных конфликтов без разрыва отношений и без переноса негативного опыта на детей;

-выработка стиля оптимального семейного взаимодействия и коммуникации.

Процесс прохождения таких семинаров или тренингов сопровождается мощной психотерапевтической «подпиткой» и психологической поддержкой молодой семейной пары, формирующей веру супругов в позитивное развитие своей семьи.

### ***3 компонент программы: Семейный всеобуч для молодой семьи.***

Данный компонент программы предполагает возможность посещения молодоженами 1-2 раза в месяц (или, в зависимости от возможностей финансирования, 1 раз в неделю) на протяжении 6 месяцев или года специальных образовательно-просветительских семинаров по проблеме семейных отношений и воспитания детей.

Предлагаемый комплексный подход в работе с молодой семьей позволит значительно укрепить институт семьи и повысить зрелость и ответственность людей в семейных отношениях. Предлагаемая программа является мощным средством не только профилактики распада молодой семьи, но и выступает предохранительной основой наркотизации и криминализации подрастающих поколений.

Данную программу желательно реализовать в координации с районными загсами (Дворцами бракосочетания), например, так же, как сейчас реализуется программа для будущих мам, при роддомах и женских консультациях. В плане начального этапа реализации программы, можно задействовать не все, а какой-то один компонент программы (например, предбрачное консультирование, или программу семейного командообразования, как мощные формирующе-терапевтические средства). Программу можно начать реализовывать и в рамках экспериментальной площадки в районах (или хотя бы отдельном районе) Москвы (или любого другого города).

## Список литературы

1. *Альжанова Д.* Молодая семья и ее ценности. / Образование и право. 2012. № 8. (36). С. 105.
2. *Гокова О.В.* Социально-экономическое исследование отношения молодежи к институту брака (на примере Омской области) / вестник Омского университета. Серия: Экономика. 2015. № 2. С. 137-144.
3. *Данилова Н.С.* особенности планирования семьи у юношей и девушек с различным социальным статусом. / «Проблемное поле современной семьи». Материалы I Международной научно-практической конференции. Москва, 18-19 июня 2015 г. / Отв. редакторы М.И. Розенова, В.В. Ермолаев, Э.В. Лихачева – М.: ИИУ МГОУ, 2015. – С. 204-208.
4. *Зудилина И.Ю.* Исследование мотивов выбора брачного партнера у студентов / Известия Самарской государственной сельскохозяйственной академии. 2007. № 2. С. 100 -102.
5. *Карташева Т.Е.* Мотивация вступления в брак современной молодежи. / Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. Т. 11. № 1. С. 132-136.
6. *Лихачева Э.В., Денисова А.А.* Представления о будущей семье у студентов, находящихся в поиске брачного партнера. / «Проблемное поле современной семьи». Материалы I Международной научно-практической конференции. Москва, 18-19 июня 2015 г. / Отв. редакторы М.И. Розенова, В.В. Ермолаев, Э.В. Лихачева – М.: ИИУ МГОУ, 2015. – С. 200-204.
7. *Мерзлякова С.В.* Мотивация вступления в брак современных юношей и девушек / В мире научных открытий. 2012. № 9. С. 187-205.
8. *Полятинский Д.Л.* Разводы в молодых семьях. / NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 31. С. 320 -322.

9. *Розенова М.И.* Возможности создания и реализации общенациональной профилактической и терапевтической программы, направленной на психолого-социальную реабилитацию, сохранение и развитие семьи. / «Проблемное поле современной семьи». Материалы I Международной научно-практической конференции. Москва, 18-19 июня 2015 г. / Отв. редакторы М.И. Розенова, В.В. Ермолаев, Э.В. Лихачева – М.: ИИУ МГОУ, 2015. – С. 14-21.
10. *Розенова М.И.* Институт замещающего родительства в России: необходимость, проблемы и возможности системного изучения. // Психология и психотехника. 2013. № 12. С. 1218-1223.
11. *Розенова М.И.* Позитивная психология в России: некоторые актуальные вопросы адаптации. // Психология и психотехника. 2012. № 1 (40). С. 57-62.
12. *Розенова М.И., Брантова Ф.С.* Психологическая зрелость личности в семантике научного и обыденного сознания: Монография. /М.И. Розенова, Ф.С. Брантова. - М: ИИУ МГОУ, 2014 – 150 с.
13. *Розенова М.И., Жучкова С.Е.* Психологическое просвещение как источник безопасности образования и жизни. / Alma mater (Вестник высшей школы). 2014. №. 5 (май). - С. 50-54.
14. *Розенова М.И., Киселев С.Н.* Позитивная психология в России: проблемы терминологии и целей. // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2013. № 1. С. 87-96.
15. *Чеботарева Е.Ю.* Ценностные ориентации и установки к семейной жизни в добрачный период: гендерный аспект. / «Проблемное поле современной семьи». Материалы I Международной научно-практической конференции. Москва, 18-19 июня 2015 г. / Отв. редакторы М.И. Розенова, В.В. Ермолаев, Э.В. Лихачева – М.: ИИУ МГОУ, 2015. – С. 208-213.

## **Пограничные психопатологические состояния у детей: сегодняшние проблемы в совместной практике детского психиатра и психолога**

*Скобло Г.В.*

*НЦПЗ РАМН, Москва, Россия*

Расширение детской психологической службы в последние 2-3 десятилетия привело к росту выявления психических отклонений пограничного уровня и частому направлению детей к детскому психиатру. Бурное сегодняшнее развитие психофармакологии позволяет во многих подобных случаях довольно быстро подобрать адекватное медикаментозное лечение, но, как правило, проблемы детских психиатров этим далеко не исчерпываются. У детей обычно является нежелательным длительное назначение медицинских препаратов, их применение крайне ограничено в раннем детском возрасте. Известно также, что эффективность медикаментозного лечения значительно снижается, если в семье сохраняются нарушенные родительско-детские отношения. Все вышеперечисленное заставляет искать как можно более тесного взаимодействия специалистов психологического и психиатрического профиля при работе с детской пограничной психопатологией. С точки зрения специалиста-психиатра представляется актуальным освещение ряда пограничных психопатологических состояний детства, нередко встречающихся сейчас в психологической практике, но еще не нашедших своего достаточного отражения в отечественной детской психиатрической литературе. Ознакомление с сегодняшними диагностическими дефинициями и особенностями этих расстройств может помочь как более прицельному выявлению детей, подлежащих совместному ведению, так и, возможно, разработке новых направленных психокоррекционных мероприятий.

Опыт психиатрической работы в психолого-коррекционных дошкольных центрах показал, что наиболее частыми состояниями, при которых психологи направляют на консультацию к психиатру *детей раннего возраста*, являются

так называемые **«расстройства регуляции сенсорных процессов»**, и в частности их гиперсенситивный и гипосенситивный типы. Этот психиатрический диагноз еще не нашел в полной мере своего места в отечественной детской психиатрии, однако он широко употребляется в зарубежной практике. Обширная рубрика «Regulation Disorders of sensory processing» представлена во втором пересмотре Международной классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-3R, 2005). Анализ критериев диагностики и этиопатогенеза этих расстройств регуляции позволяет соотнести их с синдромами невропатии (возбудимым и тормозимым вариантами) — до недавнего времени наиболее распространенным диагнозом для пограничных психических нарушений раннего возраста в нашей стране. Таким образом, клиника этого класса психопатологии в принципе известна отечественным специалистам, но, как правило, диагноз ставится запоздало, лишь в дошкольном возрасте — практикующие детские психиатры в нашей стране начинают прием только с 3-летнего возраста ребенка. Однако расстройства регуляции, будучи обычно конституциональными по своему происхождению, проявляются с первых недель и месяцев жизни. Их общими особенностями, кроме измененной реактивности ребенка, являются также нестабильность вегетативно-эмоциональной сферы и специфические эмоционально-поведенческие нарушения. Такие дети могут отличаться сверхосторожностью и склонностью к ранним страхам; или же, будучи гиперсенситивными, проявлять в то же время выраженную капризность и настойчивость; а при гипореактивности напоминать детей с задержкой психического развития или депрессивных.

Несмотря на врожденность конституциональных расстройств регуляции современные научные данные свидетельствуют о важной роли при них нарушенных родительско-детских отношений как мощных провоцирующих и утяжеляющих факторов. Это ставит задачу раннего ведения детей не только психиатром, имеющим подготовку по раннему возрасту, но и психологом, знакомым с методиками раннего психотерапевтического вмешательства,

включая работу с родителями. Длительный клинический опыт работы в этой области показал, однако, дополнительную трудность. По нашим данным, для матерей этой группы детей типично наличие той или иной, обычно мягкой, но хронической психопатологии, что находится в соответствии с конституциональным характером нарушений у ребенка. (Такого рода психопатология может встречаться и у отцов, но в силу объективных сложностей их непосредственного обследования это пока остается предположением.) Речь идет о таких широко распространенных в популяции расстройствах как аффективные, тревожные, личностные, соматоформные и шизотипические, суммарно диагностируемые у 15-20%. Эти состояния, оставаясь обычно нераспознанными, заметно затрудняют построение адекватных отношений между матерью и ребенком. Четкое представление об обоюдном характере нарушений в диаде, включая состояние психического здоровья матери, должно позволить специалистам (совместно психологам и психиатрам) более эффективно разрабатывать тактику психотерапевтических интервенций, дополняя их при необходимости медикаментозным лечением.

Другие новые диагнозы современной детской психиатрии и еще мало известные в детской психологии касаются психопатологически выраженных нарушений привязанности. Впервые они появляются лишь в последней Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992), представляя собой особые психопатологические синдромы, развивающиеся как последствия в случаях практически несформировавшихся первичных привязанностей. Первый из этих диагнозов - **«реактивное расстройство привязанности»** - ставится детям с младенчества и до 5 лет при характерных нарушениях в коммуникативной, эмоциональной, познавательной и поведенческой сферах. По МКБ-10, это нежелание ребенка вступать в контакт или совместную игру, апатичный или сниженный фон настроения (часто с повышенной настороженностью или боязливостью), снижение познавательной активности, нередко с задержкой речевого развития, возможное наличие агрессии к себе и окружающим. Для данных нарушений типична значительная обратимость



симптомов при изменении социальной ситуации ребенка, что отличает их от схожих с ними внешне состояний истинного аутизма и задержек психического развития органического генеза. Отметим, что эти расстройства были известны детским психиатрам уже давно, описываясь в терминах парааутизма и психогенного аутизма, а также депривационных нарушений. Точные данные о распространенности синдрома реактивного расстройства привязанности пока отсутствуют, но имеет место преобладание случаев из малообеспеченных и неблагополучных семей, у детей от умственно отсталых родителей, при раннем материнстве, а также среди детей-сирот. Считается, что соответствующие клинические картины вызывает плохая забота о ребенке с выраженным пренебрежением его потребностями, что препятствует формированию первичной и, соответственно, вторичных привязанностей. Однако этот диагноз не должен ставиться автоматически, ассоциируясь с названными неблагоприятными средовыми воздействиями, так как не у всех детей, подвергающихся им, развивается реактивное расстройство привязанности. Это положение выдвигает практически очень важную исследовательскую задачу, направленную на поиски значимых факторов антириска формирования данной патологии.

Другой новый диагноз – **«расторженное расстройство привязанности»** - предусматривает, по МКБ-10, выявление особого аномального социального функционирования, которое становится достаточно выраженным с 2-х летнего возраста. Для детей характерна «диффузная общительность»: отсутствие чувства дистанции со взрослыми, фамильярность в общении с почти незнакомыми людьми, постоянные просьбы о чем-то, желание всеми способами привлечь к себе внимание («прилипчивое поведение»), с 4-х лет и в дальнейшем – неразборчивые связи со сверстниками. Этот синдром считается типичным для детей, воспитывающихся в домах ребенка с младенчества при частой смене воспитателей, а также при неоднократном помещении в разные приемные семьи (подобные расстройства также были известны ранее и подробно описаны как один из вариантов эмоциональной

депривации). Важно отметить, что несмотря на психопатологическую выраженность обоих видов расстройств привязанности самой действенной терапией при них является психологическое воздействие — создание для ребенка таких эмоциональных условий, в которых могла бы формироваться его первичная привязанность.

Еще одним патологическим состоянием, представляющим взаимный современный интерес для детских психиатров и психологов, является **синдром Аспергера**. Описанный более 60 лет назад, он, тем не менее, остается достаточно трудным для профессиональной диагностики. Между тем, данные последних эпидемиологических исследований в скандинавских странах показывают его очень высокую распространенность — 0.7%. Наш опыт работы в области пограничной психопатологии также указывает на высокую частоту этого синдрома, причем пациенты с этой патологией к психиатру наиболее часто направляются именно детскими психологами. Обычно это бывает в дошкольном возрасте ребенка, когда становятся заметными малая потребность в общении, необычные стойкие интересы и увлечения, сильная и длительная эмоциональная охваченность фантазиями аутистического содержания. Однако синдром Аспергера в ряде случаев можно заподозрить и раньше: так, в раннем детстве у многих детей он проявляется высокой конфликтностью, практически не поддающейся коррекции. Такой поведенческий паттерн связан с «туннельным», стереотипным мышлением ребенка, не дающим ему возможности необходимого быстрого переключения со своих внутренних мыслительных планов на какие-либо новые. Психиатрическая практика последних лет позволяет говорить о разных вариантах этого синдрома, не всегда укладывающихся в рамки классических описаний: именно эти случаи и представляют упомянутые выше диагностические трудности. Что касается медикаментозного лечения, то в виде коротких курсов легких нейрорептиков ему подлежат дети с выраженными продуктивными эмоциональными расстройствами, такими как сильная охваченность своими переживаниями, дезадаптирующие тревожно-фобическая настроенность и стойкие страхи.

Также неплохо купируются медикаментозно аффективные фазы обоих знаков, нередко входящие в структуру синдрома. По нашему опыту, курсовое медикаментозное лечение значительно облегчает дальнейшие психокоррекционные мероприятия, разработке которых при синдроме Аспергера принадлежит большое будущее.

С синдромом Аспергера часто приходится дифференцировать другое, тоже довольно распространенное в последние годы психопатологическое состояние, обозначаемое в МКБ-10 как **социальное тревожное расстройство детского возраста**. В отечественной детской психиатрии оно изолированно не выделяется, хотя, конечно, отечественные психиатры знакомы с проявлениями социальных фобий, составляющих его суть. Дети с этим расстройством также избегают контактов, однако, это не распространяется на общение с близкими, которое остается теплым и продуктивным. Родители же детей с синдромом Аспергера обычно чувствуют недостаточность эмоционального отклика со стороны ребенка и говорят о том, что он «живет в своем мире». Кроме того, при социальном тревожном расстройстве детского возраста отсутствует склонность к стереотипизации мышления и деятельности, отличающая детей-аутистов, пусть даже и легких. Дополнительным дифференциальным критерием этих состояний может служить частое присутствие выраженной личностной тревожности у родителей ребенка с социальными фобиями, чего, как правило, нет при синдроме Аспергера. Отметим, что при постановке диагноза важно учитывать и тот факт, что дети-дошкольники с социальным тревожным расстройством обычно не осознают тревогу в общении, последняя выявляется лишь при объективном обследовании в виде общей напряженности в контактах (вплоть до полного отказа от них), а также наличием психовегетативных реакций как соматических эквивалентов тревоги. Терапия этих состояний должна быть, по нашему мнению, комплексной: курсовое медикаментозное лечение бывает гораздо эффективнее, когда оно может быть дополнено постоянной психотерапевтической поддержкой ребенка и его родителей.

Представленная в данном сообщении детская пограничная психопатология, разумеется, не исчерпывает всех своих форм. Мы постарались остановиться на тех состояниях, которые, требуя направления к детскому психиатру, в наши дни первично наиболее часто встречаются в работе детского психолога: в детских коррекционных центрах, домах ребенка, на консультативном приеме.

### **Семейные ценности как фактор развития нарушений пищевого поведения**

***Слепкова В.И., Ильчик О.А.***

*Белорусский государственный педагогический университет имени М. Танка,*

*г. Минск, Беларусь*

*E-mail: v.slepкова@gmail.com; ilchik\_o@mail.ru*

*Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, семейные ценности и правила, семейная коммуникация.*

В последние десятилетия существенно изменились взгляды на происхождение дезадаптивного пищевого поведения. Социологи отмечают, что на рост расстройств режима питания влияют современные стандарты привлекательности. Худоба как эталон женской красоты стала условием принятия женщины различными слоями общества. Средства массовой информации придают огромное значение худому телу женщины, которая достигает успеха на эстраде, в кино, на подиуме и в жизни.

Еще Х. Бруч в 1978 году считала нервную анорексию (НА) заболеванием, характерным для определенного века, определенного культурного уровня. Американский психиатр Дж. Бемпорад утверждает, что нарушения пищевого поведения (НПП) – это «цена за Западную цивилизацию». Западное общество не только восхваляет худобу, но и создает климат, благоприятный для проявления предубежденного отношения к людям с избыточным весом всех возрастов [9]. Р. Гордон утверждает, что

женщины, страдающие нервной булимией (НБ), находятся под давлением противоречивых культурных требований, которые принуждают к интеграции противоречивых ценностей успеха и власти, рассматриваемых в терминах физической привлекательности [10]. Таким образом, активно подчеркивается социокультурный компонент в этиологии нарушений пищевого поведения у современных девушек.

Семья, выполняя свои социальные функции, обеспечивает трансляцию культурных ценностей от одного поколения к другому. Будучи системой интер- и трансперсональных взаимоотношений, семья создает призму для восприятия детьми определенных социальных явлений, формирует определенные паттерны поведения и психологические особенности личности

Мы предположили, что именно правила и ценности, согласно которым происходит взаимодействие в семье, создают условия для не критичного отношения к предлагаемым обществом стереотипам успешности современной женщины и формирования определенных личностных характеристик у девушек с нарушениями пищевого поведения ,

Приняв указанные допущения, в исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Выявить личностные характеристики девушек с нервной анорексией и нервной булимией.
2. Определить семейные ценности и правила, функционирующие в родительских семьях девушек с нарушениями пищевого поведения.
3. Охарактеризовать связи между ценностями, транслируемыми обществом и принимаемые семьями, имеющими проблемы с нарушением пищевого поведения (НПП) у детей в виде нервной анорексии и нервной булимии.

**Исследуемая выборка.** В исследовании приняли участие 95 девушек: 65 девушек с НПП, из них 35 человек с диагнозом НА и 30 – с диагнозом НБ. Контрастная группа состояла из 30 девушек без НПП. Средний возраст испытуемых составил  $19,12 \pm 0,099$  лет. Средний стаж болезни представлен у девушек с НА  $3,32 \pm 0,099$ , а с НБ –  $4,01 \pm 0,099$  лет. При конструировании выборки испытуемых мы ориентировались на клиническую однородность групп. Условием включения в выборку было наличие у девушек

соответствующего диагноза, выставленного врачом на основании МКБ-10. В связи с тем, что НА (на 100 тысяч населения в год 19 случаев среди женского населения и 2 среди мужского), как и НБ (на 100 тысяч – 29 среди женского населения и 1 среди мужского населения) [6], в основном заболевает женское население, этот факт и послужил основанием гомогенности исследуемой группы по полу.

Сбор эмпирического материала осуществлялся на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в 10-м общепсихиатрическом отделении для женщин, где проходят стационарное лечение девушки с НПП (Беларусь, Минск).

**Методы и методики исследования.** Для оценки и определения личностного профиля девушек с нарушением пищевого поведения использовали опросник «Шкала оценки пищевого поведения», который был разработан в 1983 году D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy, в адаптации Ильчик О.А., Сивухой С.В., Скугаревским О.А.. Диагностические показатели по тесту позволяют выявить и оценить характерные признаки при нервной анорексии и нервной булимии по следующим субшкалам: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Шкала позволяет оценить не только выраженность клинических признаков (чрезмерное беспокойство о весе, наличие эпизодов переедания и очистительного поведения) важных для диагностических оценок выборки испытуемых, но также значимые для развития НПП психологические характеристики и поведенческие стереотипы (перфекционизм, ощущение общей неадекватности, чувство отстраненности от контактов с окружающими, оценке способности четко дифференцировать свои внутренние ощущения) [3,12].

Для изучения структурных параметров семейных отношений применялась проективная методика Семейный Системный Тест (Family–System–Test, FAST), Г. Геринга и И. Вилера в адаптации А.Черникова [8].

FAST представляет собой метод репрезентации респондентами структуры их семейных отношений, ключевыми параметрами которой выступают сплоченность, иерархия, гибкость этих параметров.

Для выявления семейных ценностей использовалась интервью по семейной генограмме Мюррея Боуэна.

Полученные эмпирические данные обрабатывались с помощью программы STATISTICA 8.0 и SPSS 13.0 методами: 1) корреляционного анализа (вычислялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена, хи-квадрат Пирсона); 2) U-критерий Манна-Уитни; 4) кластерного анализа по методу k-средних.

### ***Результаты и их обсуждение.***

#### **Личностной профиль девушек с НПП.**

Психодиагностическое измерение личностных характеристик девушек с НПП показал, что у девушек с НА выявлены высокие показатели по шкалам «Стремление к худобе» ( $U = 279,50$ ;  $p \leq 0,001$ ), «Неудовлетворенность телом» ( $U = 402,00$ ;  $p = 0,017$ ), «Неэффективность» ( $U = 323,00$ ;  $p = 0,018$ ), «Перфекционизм» ( $U = 271,00$ ;  $p \leq 0,001$ ), «Недоверие в межличностных отношениях» ( $U = 308,50$ ;  $p \leq 0,001$ ) в отличие от испытуемых без НПП.

Девушки с НБ набирают высокие показатели по шкалам «Стремлением к худобе» ( $U = 132,50$ ;  $p \leq 0,0001$ ), «Булимия» ( $U = 103,50$ ;  $p \leq 0,0001$ ), «Неудовлетворенностью телом» ( $U = 19,50$ ;  $p \leq 0,0001$ ), «Неэффективность» ( $U = 213,00$ ;  $p \leq 0,001$ ), «Перфекционизм» ( $U = 99,50$ ;  $p \leq 0,0001$ ), «Недоверие в межличностных отношениях» ( $U = 176,00$ ;  $p \leq 0,0001$ ), «Интероцептивная некомпетентность» ( $U = 222,50$ ;  $p \leq 0,005$ ) в отличии от испытуемых контрастной группы.

Таким образом установлено, что доминирующими характеристиками личностного профиля девушек с нервной анорексией является перфекционизм и недоверие в межличностных отношениях, а с нервной булимией - перфекционизм и неудовлетворенность телом. Девушки с нервной булимией отличаются от девушек с нервной анорексией склонностью к перееданию и большей неудовлетворенностью своим телом. Психологический портрет девушек с нервной анорексией характеризуется «выученным» послушанием, высокой требовательностью к себе, стремлением превосходить других людей во всех сферах жизни, постановкой труднодостижимых целей; наличием строгих правил (собственных, ближайшего окружения, общества) и контроля; боязнью оценки, разочарования, принятия ответственности за собственную

жизнь и выбор. Психологический портрет девушек с нервной булимией описывается высокой степенью эмоционального напряжения, наполненного внутрличностными конфликтами, противоречиями, импульсивностью; требовательностью к себе и окружающим, повышенной самокритикой, чувствительностью к возможным ошибкам, стремлением к совершенству, избеганием разочарования, страха перед взрослением.

### Семейные ценности и правила в родительских семьях девушек с НПП.

Результаты контент-анализа интервью по генограмме позволили выявить семейные ценности в группах девушек с НПП и без НПП (Рис. 1).

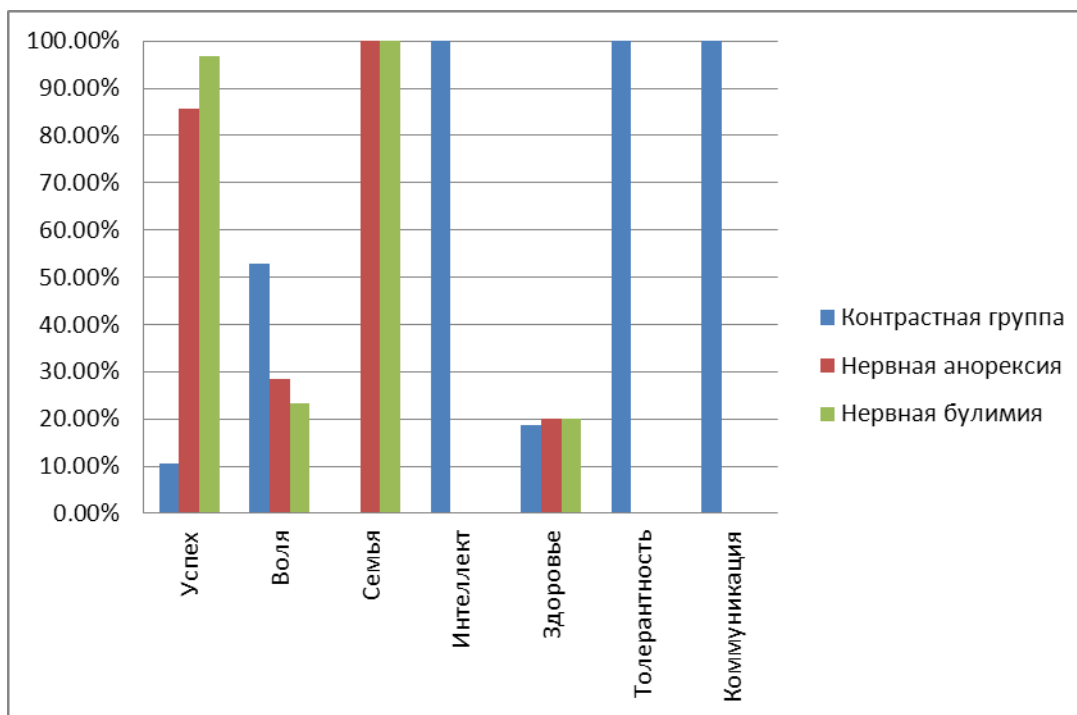


Рисунок 1 – Ценности в родительских семьях девушек с НПП и без НПП

В семьях девушек с НА и НБ представлены такие ценности, как «успех», «семья», «воля», «здоровье». В семьях девушек без НПП иерархия ценностей выглядят несколько иначе: «успех», «воля», «интеллект», «здоровье», «толерантность», «коммуникация».

Согласно полученным данным, иерархии ценностей в семьях девушек с НА и НБ схожи между собой ( $r_s = 1,00$ ;  $p \leq 0,001$ ) и отличаются от семей девушек без НПП (соответственно,  $r_s = 0,44$ ;  $p \geq 0,005$  и  $r_s = 0,44$ ;  $p \geq 0,005$ ).



Иерархия семейных ценностей, которые наиболее часто встречаются в семьях девушек с НПП семьях: «успех», «семья», «воля», «здоровье». В семьях девушек без НПП иерархия ценностей выглядит несколько иначе: «успех», «воля», «интеллект», «здоровье», «толерантность», «коммуникация».

Отметим, что как в экспериментальной, так и контрастной выборках, отмечены одинаковые семейные ценности: успех и воля. Более того, очевидна и связь между ними: для достижения успехов в жизни необходимы волевые качества. Однако, проведенный контент-анализ интервью девушек выявил существенные различия в смыслах и значении этих семейных ценностей между экспериментальной и контрастной группами семей.

Требования семей девушек с НА и НБ содержательно наполнены идеями стремления к совершенству, ставят перед взрослеющими дочерьми сверхзадачи: быть красивой внешне, успешной в карьере, оставаться правильной и послушной дочерью, стать хорошей женой и хозяйкой в будущей семье. Семейные ценности находят свою реализацию в воспитании дочерей, ориентируя их на развитие воли (61,90%), достижение успеха (52,38%), создание семьи (50,79%). Кроме того, следует отметить заинтересованность родителей в развитии женственного образа у дочерей, включающего в себя стройность, красоту и такие качества как терпеливость, послушание, воспитанность и спокойствие, которые объединены в группу качеств под названием «толерантность».

Такого рода ожидания от взрослеющей дочери коррелирует с культурным мифом о супер-женщине, в котором женщина может расширить обязанности от роли жены и матери к работающей женщине, не ставя под угрозу качество внешности ни в одной из ее ролей [11,13].

Подобное понимание успешности в жизни интериоризировано девушками с НПП: в их представлении успех является внешним достижением и соответствует социальным стандартам современного общества. Развитие волевых качеств, таких как целеустремленность, ответственность, исполнительность и дисциплинированность оценивается девушками в качестве средства достижения успехов в разных областях жизни одновременно. Это и успешная карьера, и «солидный и перспективный» муж, и

хорошая семья, и «красивая, ухоженная внешность». Ценность семьи для девушек высока, и статус замужней женщины воспринимается ими как один из возможных способов достичь положения, одобряемого общественным мнением. Красота и женственность рассматриваются как средства социальной успешности, при этом ценность здоровья уходит в фон, и представления о здоровом образе жизни сужаются до узких рамок «правильного питания» и выбора соответствующих продуктов.

### **Семейная коммуникация.**

Семейные ценности находят свое выражение в правилах семейной коммуникации, которые определяют отношения в семье. Были выявлены как гласные, так и негласные правила, регулирующие поведение дочерей. Основное правило в семьях девушек с НПП: «подчиняться семье». Это правило содержит в себе послание девушкам зависеть от семьи, соответствовать требованиям семьи, принадлежать семье. Результаты анализа интервью дают основания полагать, что в подобных правилах проявляется стремление родителей (чаще всего матери) сохранить эмоциональную зависимость дочерей от родительской семьи. А с учетом возраста испытуемых можно говорить о неготовности и нежелании родителей к решению проблем, связанных с взрослением детей.

Негласные правила: 1) «быть правильным; 2) «быть сдержанным, закрытым». Требование правильности формирует запрет на осознание и выражение чувств, что препятствует удовлетворению потребностей членов семьи, и прежде всего детей, в привязанности, принятии, близости; 2) «быть правильным» - предполагает следование социально заданным эталонам и стандартам успешности и красоты как гарантированному способу принятия обществом.

Требование эмоциональной сдержанности формирует запрет на осознание и выражение чувств, Речь идет о выявленной тенденции к ограничению открытости в коммуникации. Это касается, прежде всего, эмоциональной закрытости, что выражается в таких неявных правилах, как сдерживание внутренних побуждений, контроль за проявлением эмоций и чувств, прежде всего негативных. Подобная коммуникация препятствует установлению доверительных в семье, не удовлетворяются потребности в эмпатии, что приводит не только к формальным отношениям между родителями и детьми, но стимулирует развитие интероцептивной некомпетентности, характерной для

девушек с НПП. Интероцептивная некомпетентность представляет собой дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения. Пациентам с НПП часто не удается дифференцированно воспринимать свое внутреннее состояние и осознавать его.

Таким образом, гласные правила поддерживают поведение девушек с НА и НБ, соответствующее социальным стереотипам, и препятствуют осознанию их индивидуальных потребностей. При помощи негласных правил осуществляется контроль над чувствами и эмоциями, в результате чего устанавливается дистанция в отношениях с другими людьми. С одной стороны, девушки демонстрируют внешнее подчинение, послушание принятым нормам, а с другой – используют их для манипулирования близким кругом людей для достижения собственных целей. Такие правила поддерживают контроль и недоверие в межличностных отношениях, приводят девушек к трудностям в налаживании контактов с другими людьми.

Очевидно влияние социокультурных факторов на смысл и значение приоритетных семейных ценностей в родительских семьях девушек с НПП. Реализация их в воспитании дочерей приводит к формированию у девушек стереотипного образа успешного человека, в котором худощавая фигура является залогом успеха в отношениях, профессии. Сконструированные в социуме и принятые в результате социального (внутрисемейного) соглашения убеждения становятся определениями «реальности».

### **Коммуникации в семьях девушек с НПП.**

Таким образом, приведенные характеристики семейных ценностей, реализуемых в семейных правилах, позволяют проанализировать особенности коммуникации в семьях девушек с нарушениями пищевого поведения.

Общепризнанным является факт, что семья является посредником между человеком и тем социальным пространством в котором она функционирует. А.Б. Орлов в связи с этим обращает внимание на наличие в семьях одновременно двух центраций. С одной стороны, общество с его культурными нормами и ценностями требует от семьи социального соответствия. Семья ответственна за социализацию ребенка, за усвоение им ценностей, правил и норм, необходимых для социального взаимодействия. С другой

стороны, важная миссия каждой семьи - создание условий для проявления и развития индивидуальности ребенка. В реальной жизни каждая семья является одновременно и социоцентрированной и человекоцентрированной. Однако, приоритетная центрация у каждой семьи особенная.

Что касается изучаемых нами семей, обращает на себя внимание *выраженная ориентация на социальное соответствие, в ущерб человекоцентрированности*. Такие семьи представляют собой закрытые и статичные системы с ригидными ценностями и правилами. Латентная концепция развития ребенка, реализуемая родителями - концепция социализации. В этих семьях социальные требования интериоризируются ребенком и его внутренняя социальность выражается в главной идеи- достижение социальной успешности. Отсюда и путь к перфекционизму.

Правильное выполнение девочками роли послушной дочери в настоящем, и успешность в будущем являются *условиями принятия ребенка родителями*. Именно успех и волевые качества ценятся и одобряются в семье. В условиях отсутствия эмпатии и игнорирования индивидуальности ребенка его успехи становятся средством удовлетворения потребности в родительской привязанности и любви.

*Эмоциональная динамика в отношении родителей к ребенку колеблется от эмоционального симбиоза к эмоциональному отчуждению*. Существующий в семьях запрет на эмоциональную открытость, необходимую ребенку для осознания и понимания им своих внутренних переживаний, приводит к интероцептивной некомпетентности и закрытости. Недостаточность эмпатии, отсутствие открытости в общении, условное принятие ребенка свидетельствует о том, что в таких семьях не создаются условия для проявления индивидуальности ребенка. Формируется роботизированный человек, стремящийся к социальному соответствию.

Ориентация на социальную успешность и развитие волевых качеств приводит к формированию у девушек с нарушениями пищевого поведения такой черты как перфекционизм, который сочетается у них с эмоциональной некомпетентностью и личностной незрелостью.

Транслируемое родителями требование к взрослеющей дочери - принадлежать семье выявляет еще одну проблемную область исследуемых семей - неготовность и

неспособность справляться с неизбежными трудностями процесса взросления ребенка на этапе его сепарации от родительской семьи. НПП является не только симптомом дисфункционального состояния семейной системы. Есть все основания рассматривать НА и НБ как инфантильную попытку достижения девушками автономии и независимости, попытку определиться с личностным пространством, установить внутрисемейные границы в ситуации эмоциональной зависимости, через контроль над своим телом [4].

В такие кризисные периоды жизненного цикла семьи как период сепарации взрослеющих детей от родительской семьи, создается высокий уровень напряжения, который снижается за счет развития симптоматического поведения у детей (НА и НБ). НПП становится тем средством, которое выбирает семья, для того, чтобы сохранить свою целостность и стабильность [7].

Семейные ценности и правила межличностного взаимодействия, принятые в родительских семьях девушек с нервной анорексией и нервной булимией способствуют развитию у них перфекционизма и волевых качеств, необходимых для достижения успехов в социуме и будущей семье. Родительские требования социальной успешности при одновременном запрете на открытое проявление эмоций и чувств принимаются детьми и ведут к формированию у них интероцептивной некомпетентности, усиливают их зависимость от родительских фигур, препятствуя процессу взросления.

Таким образом социоцентрированность семей, проявляющаяся в

- стремлении к социальному соответствию
- требовании успешности и правильности от детей.,
- дефиците человечности и конгруэнтности,
- запрете на открытость в семейной коммуникации,
- условности в принятии ребенка,
- недифференцированности детско-родительских отношений,

может стать фактором нарушения пищевого поведения у детей .

## Список литературы

1. Боуэн, М. О процессах дифференциации своего «Я» в родительской семье /М. Боуэн// Теория семейных систем Мюррея Боуэна : основные понятия, методы и клиническая практика /под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. – М.:Когито-Центр, 2005. – С. 81-106.
2. Боуэн, М. Теория и практика психотерапии /М. Боуэн // Семейная психология и психотерапия. – 2000. - №2. – С. 100-121.
3. Ильчик, О.А. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» / О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 1. – С. 39–50.
4. Ильчик, О.А. Нарушение эмоционального отделения от семьи как фактор развития расстройств пищевого поведения у девушек / О.А. Ильчик // Психология и жизнь: психолог. проблемы современ. семьи : материалы II Междунар. науч. конф., Минск, 24–25 ноября 2011 г. ; Бел. гос. пед. ун-т им. М. Танка; редкол.: Л.А. Пергаменщик [и др.]. – Минск : БГПУ, 2011. – С. 118–119.
5. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека. Парадигмы, проекции, практики. - Москва: Академия, 2002. - 272 с.
6. Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
7. Слепкова, В.И. Ненормативные кризисы семьи как фактор формирования нарушений пищевого поведения у детей / В.И. Слепкова, О.А. Ильчик : сб. науч. тр. /Бел. гос. пед. ун-т им. М. Танка; редкол.: Т.В. Гормоза (отв. ред.), Я.Л. Коломинский, Л.А. Пергаменщик и др. – Минск: БГПУ, 2014. – С. 148-150.
8. Черников, А.В. Системная семейная терапия : интегратив. модель диагностики / А.В. Черников – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Класс, 2001. – 208 с.
9. Bruch, H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa / H. Bruch // Psychosomatic Medicine. – 1962. – Vol. 24. – P. 187–194.
10. Dare, C. Family Therapy for Anorexia Nervosa / C. Dare, I. Eisler // Handbook of treatment for eating disorders. – New York, 1986.

11. Gordon, R.A. Bulimia : a Sociocultural Interpretation / R.A. Gordon // The Bulimic College Student / L.C. Whitaker. – London : Haworth Press Inc., 1989. – P. 41–55.
12. Garner, D. M. Development and validation of a mulidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia / D.M. Garner, M.P. Olmstedt & J. Polivy // International Journal of Eating Disorders. 1983. – No. 2. – P.15–34.
13. Striegel-Moore, H. Etiology of binge eating: A developmental perspective / H. Striegel-Moore / Binge eating: nature, assessment, and treatment / Fairburn C. G, Wilson G. T. New York, London. 2002. P. 144–205.

**Нарративная практика: работа с семейной проблематикой с использованием экстернализации**

*Степанова Л.Г.*

*Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка,*

*г. Минск, Беларусь*

*stepanova\_lg@yahoo.com*

*Ключевые слова: нарративная практика, нарративная психотерапия, экстернализация, семейная проблематика.*

Начиная с конца 1980-х – начале 1990-х годов нарративный подход является самостоятельным направлением в современной психологической практике. Этот подход интересен тем, что он не утверждает, что проблемы в людях, и чтобы справиться необходимо «бороться с собой». Напротив, нарративный подход помогает взглянуть на свою жизнь с ресурсной позиции, т.к. каждый момент содержит пространство для существования многих историй, и одни и те же события в зависимости от приписываемых им смыслов и характер связей могут сложиться в разные нарративы. Основатель этого направления М. Уайт [2] предположил, что мы воспринимаем

жизненный опыт через призму историй о нас, которые рассказываем мы сами и которые другие рассказывают нам. Эти истории складываются в социальном контексте, причем имеет место постоянный процесс смыслопорождения по мере того, как наш опыт организуется в истории: события, происходящие в различные моменты времени, связываются в последовательности на основе какого-либо сюжета или темы. Однако не существует единственной истории, которая могла бы охватить всю совокупность проживаемого нами опыта, и, хотя некоторые истории о наших жизнях становятся доминирующими и привилегированными по отношению к другим, каждый из нас состоит из множества историй и проживает полиисторийную жизнь.

В самом широком смысле нарративная психотерапия является беседой, в процессе которой люди пересказывают, т.е. рассказывают по-иному истории своей жизни. Люди – существа интерпретирующие. Постоянно переживая нескончаемую вереницу событий, они стремятся увидеть их взаимосвязанными и объяснимыми, т.е. осмысленными. В действительности жизнь человека мультиисторична. В ней состязаются за привилегированное положение разные истории. Какая-то из них доминирует. Если доминирующая история закрывает человеку возможности развития, можно говорить о существовании проблемы. Каждый момент содержит пространство для существования многих историй, и одни и те же события в зависимости от приписываемых им смыслов и характер связей могут сложиться в разные нарративы.

М. Николс, Р. Шварц определяют цель нарративной психотерапии следующим образом: «Нарративные психотерапевты не решают проблем своих клиентов. Они содействуют пробуждению своих клиентов ото сна – их освобождению от иллюзий, в которые они были погружены под действием культурных факторов, для того, чтобы клиенты могли осуществить самостоятельный выбор и пользоваться богатством своих возможностей ... Нарративная психотерапия служит изменению идентичности клиентов, делая из посредственностей героев» [1, с. 407]. D. Epston, M. White также отмечают: «Поскольку цель нарративной психотерапии – содействие созданию клиентом таких альтернативных историй, которые бы ассимилировали прежде игнорируемые аспекты его жизненного опыта, и формирование у него нового представления о себе, очевидно,



что нахождение или создание среды для достижения этой цели – также важнейшая задача такой терапии» [4, с. 31].

Нарративные психотерапевты работают с клиентами и семьями таким образом, что бы помочь им стать авторами своей жизни. Это достигается в процессе нарративной психотерапии путем использования ряда основных приемов и техник. Одной из таких ключевых техник является экстернализация проблемы, которая является также и одним из этапов нарративного психотерапевтического процесса. Экстернализирующую беседу (т.е. отделение проблемы от клиента) по праву можно назвать «визитной карточкой» нарративной психотерапии.

Понятие экстернализирующей беседы впервые было введено в сферу семейной психотерапии в начале 1980-х годов Майком Уайтом. Важно отметить, что экстернализирующая беседа представляет собой нечто большее, нежели просто «лингвистическое упражнение». Она связана с особым взглядом на мир. Потенциал экстернализирующих бесед велик, т.к. они способны обеспечивать контекст, в котором члены семьи, отрезанные друг от друга проблемой, смогут снова встретиться, чтобы совместно предпринять какие-то шаги для ее решения. Используя экстернализирующую беседу в работе с семьей, психотерапевт «не будет ни исследовать семейные отношения и семейную динамику, ни заниматься изучением критических этапов в прошлом опыте членов семьи, повлиявших на их текущие проблемы ... Психотерапевт поможет семье экстернализовать проблему, т.е. ее деконструировать ... Проблема при этом начинает восприниматься как некая сущность, с которой они могут общаться, объединившись вместе» [3, с. 348].

Экстернализация грамматически выражается в том, что проблема описывается как существительное. Таким образом, устанавливается дистанция между членами семьи (подлежащим в предложении, субъектом) и проблемой (дополнением), и появляется пространство, в котором могут развиваться разнообразные отношения. Для обыденного языка экстернализация не всегда «естественна», поэтому экстернализирующие вопросы могут выглядеть странно. Тем не менее важно сохранять это грамматическое разотождествление проблемы и членов семьи, чтобы «проблемность» не воспринималась как неотъемлемая характеристика их действий. Можно привести примеры

интернализирующих (которые более распространены в психотерапии) и экстернализирующих вопросов и сравнить: «как проявляется то, что Вы ленивый?» и «как Лень влияет на Вас, что она заставляет Вас делать, чему мешает?»; либо «как то, что Вы ленивый, влияет на Ваше отношение к себе?» и «как Лень влияет на Ваше отношение к себе?»; или «пробовали ли Вы что-то делать, чтобы изменить себя? Что Вы пробовали делать?» и «Были ли случаи, когда Лень приходила, но Вам удавалось с ней справиться, не пустить ее в свою жизнь? Как Вам это удавалось?». В результате проблема становится некой сущностью, отличающейся и отдельной от человека или семьи, когда люди не привязаны к негативным суждениям о своей жизни, открываются новые возможности, помогающие справиться с существующими проблемами.

При экстернализации членов семьи просят описать цели и намерения проблемы, какие области жизни членов семьи она контролирует, а какие все еще нет; ее виды на их (членов семьи) будущее; то, что проблема заставляет членов семьи думать о себе, других людях и взаимоотношениях с ними; нарисовать картину «захвата» проблемой различных областей жизни членов семьи, на которой можно будет отмечать «отвоеванные» в уникальных эпизодах территории. Отделяя членов семьи от проблемы, практика экстернализации не отделяет их от ответственности за поступки, способствующие ее поддержанию. Напротив, принятие ответственности и переживание большей способности к действию – одно из следствий экстернализации. «Если человек и проблема суть одно, то существует очень мало способов избавления от проблемы, помимо причинения вреда самому себе. Но если отношения человека с проблемой становятся более определенными, четко и ясно описанными, как это происходит в экстернализирующих беседах, появляется новый набор возможностей для пересмотра этих отношений» [2, с. 38].

I. Goldenberg, H. Goldenber [3] отмечают, что задача нарративного психотерапевта – помочь членам семьи посредством экстернализации своей проблемы общаться с ней и тем самым по-новому увидеть свой опыт. Кроме того, экстернализация помогает членам семьи ощутить свои возможности по изменению своего поведения и нахождению альтернативных вариантов. Проблема начинает восприниматься как то, на что они могут повлиять, как нечто подвижное и изменчивое.

Способ расспрашивания, который применяется в экстернализирующей беседе, можно сравнить с журналистским расследованием. Отвечая на «журналистские» вопросы, которые задает психотерапевт, члены семьи, приходящие за помощью, занимают позицию, сходную с исследовательской позицией журналиста. Таким образом они вносят свой вклад в «выведение проблемы на чистую воду». Они узнают, как функционирует проблема: что она делает и зачем, каковы намерения, лежащие в основе совершаемых ею поступков.

В какой-то момент в ходе экстернализирующих бесед члены семьи начинают осознавать, что они и то, что им внушает проблема, – это не одно и то же, это не единственно правильный способ видеть себя и относиться к себе. Они начинают прислушиваться к тому, что важно для них, озвучивать намерения и ценности, противоречащие тем, что навязывает им проблема. В этот момент осуществляется переход на новую позицию: членов семьи начинают действовать, стремясь уменьшить влияние проблемы и воплотить в жизнь то, что для них важно, оставаясь при этом на исследовательской позиции или время от времени возвращаясь к ней.

Экстернализирующие беседы могут использоваться не только для рассмотрения проблем. Их можно применять и более широко, например, при определении сильных сторон или выявлении ресурсов членов семьи. Например, клиент говорит, что ему «двигаться вперед помогает его смелость». Подобное выражение может явиться поводом начать экстернализирующую беседу, дающую более насыщенное описание этого качества, и узнать, какова история смелости, каким образом она связана с определенными навыками решения проблем и с жизненными знаниями, которые могут быть полезны клиенту.

Так как процесс экстернализации происходит в сотрудничестве с теми, кто обращается к психотерапевту за помощью и психотерапевт вступает в терапевтические беседы с убеждением, что проблемы, беспокоящие людей, не располагаются у них внутри, а видит проблемы как нечто, что сложилось под воздействием более широких историй, то это, в свою очередь, влияет на вопросы, которые психотерапевт задает, и на те беседы, которые получаются в результате. Однако, прежде чем переходить к экстернализации проблемы, ее необходимо определить. Важно, когда то, что

экстернализируется, получает имя или название. Это имя должен дать сам клиент. Обычно клиент довольно быстро дает название, например, обвинение, вина, ссора, страх, беспокойство, ревность. Иногда для того, чтобы выяснить, что же необходимо экстернализовать, требуется некоторое время. Например, когда люди начинают с того, что их проблема – «тревожное расстройство личности», с очень высокой вероятностью человек не сам пришел к такому описанию ситуации. Скорее всего, оно не лучшим образом будет соответствовать опыту клиента, его переживаниям. Поэтому здесь следует выяснить, как клиент называл для себя то, что с ним происходит, пока не узнал, что это называется «тревожным расстройством личности». После некоторого обсуждения клиент может сформулировать свое собственное описание, и тогда проблема может быть названа, например, «Страх, который приходит», или «Дрожь», или «Суета», или «Тревога». Что бы это ни было, важно, чтобы название соответствовало переживаниям клиента. Это важно потому, что как только для проблемы найдено имя, соответствующее опыту клиента, оказывается, что понимания, знания, умения клиента становятся более доступными. Ведь понять и придумать, каким образом можно разобраться со «Страхом, который приходит», может быть проще и понятнее, чем справиться с «тревожным расстройством личности». Важно отметить, что может существовать более чем одно экстернализованное определение проблемы. Члены семьи могут дать пять различных определений проблемы, и это совершенно нормально. Даже если у людей разные определения, обычно удастся договориться о том, чтобы в каждый конкретный момент совместно рассматривать какую-то одну из экстернализованных проблем или какой-то один из экстернализованных аспектов того, что беспокоит членов семьи.

В проведении экстернализирующей беседы можно выделить четыре последовательных этапов. Рассмотрим их на следующем примере: за помощью обратилась клиентка по поводу плохих отношений с дочкой-подростком, т.к. они очень часто конфликтуют из-за отказа девочки помогать по дому.

Первый этап – обсуждение конкретного, максимально приближенного к опыту членов семьи определения проблемы. На этом этапе психотерапевт поддерживает членов семьи в обсуждении того, как можно определить и обозначить сложную ситуацию и

проблемы, по поводу которых они обратились на терапию. Здесь важно выяснить не только как понимает эту проблема мать, но также как сама девочка понимает свою проблему. Девочка может сказать, например, что это протест против несправедливости, т.к. ее младшая сестра (разница 2 года) также ничего не делает и ее никто не заставляет. Она может назвать свой протест словом «гнев». На первом этапе работы можно выяснить, например, «Как выглядит твой Гнев? Какого он цвета, формы? На что или кого он похож? Как его зовут? Что он сделала с твоей жизнью? Кто помогает Гневу вырастать большим и сильным?»).

Второй этап – исследование последствий воздействия проблемы, ее влияния на разные области жизни членов семьи, в которых выявлены сложности. Вопросы о воздействии проблемы укрепляют позиции экстернализирующей беседы; в этот момент становится очевидным отход от более распространенных интернализирующих бесед. Это могут быть такие вопросы, как «Когда Гнев подталкивает тебя, в какие неприятности он хочет тебя втянуть? Каковы его цели? Когда Гнев неподалеку, как он влияет на твои отношения с матерью? Что поддерживает Гнев, а что помогает справиться с ним в определенных ситуациях?». Следует получить яркое, конкретное образное описание, уточнив планы и занятия проблемы, услышать рассказ о последствиях этих занятий, – и в результате прийти к заключению о том, что именно эта проблема планирует для данного и клиента и его семьи, какие у нее виды на их жизнь.

Третий этап – оценка последствий воздействия проблемы. На этом этапе психотерапевт поддерживает семью, помогает ей оценивать «поступки» проблемы и последствия ее воздействия на разные области жизни. Подобная оценка, как правило, запускается следующими вопросами: «Тебя устраивает то, что делает Гнев? Как ты относишься к тому, что происходит? Что ты чувствуешь в связи с этим? Каково тебе живется бок о бок с этим? В какие моменты эти последствия наиболее сильны или наиболее слабы для тебя?». Эти и подобные вопросы предлагают людям остановиться и подумать о том, что происходит в их жизни. Для многих из нас это совершенно новый опыт, потому что чаще подобное оценивание осуществляется в отношении нас кем-то другим. Ведь среди детей и подростков большое количество тех, у кого никогда не было

возможности высказать свое отношение к происходящему в их жизни. Вместо этого свое мнение, свою оценку высказывали их родители.

Четвертый этап – обоснование оценки, выбора позиции. На этом этапе фигурируют вопросы о том, почему члены семьи выбирают ту или иную позицию. Эта стадия, как правило, начинается с вопросов типа «Почему тебе это нравится или не нравится? Почему ты так относишься к тому, что происходит?» Однако подобное расспрашивание может быть начато и по-другому. Иногда имеет смысл попросить рассказать историю, которая обоснует это «почему»: «Ты не могла бы рассказать мне о своей жизни что-то, что поможет мне понять, почему ты занимаешь именно эту позицию по отношению к происходящему? А теперь я бы хотела узнать все, что ты готова мне рассказать о том, почему поведение и планы проблемы тебя не устраивают». Эти вопросы играют важную роль – они помогают клиентам озвучить, осознать, понять и в дальнейшем развить важнейшие элементы своего представления о жизни, включая собственные намерения цели, надежды, задачи и добровольно взятые на себя обязательства, ценности, знания о жизни и жизненные умения, уроки, которые они извлекли из разных ситуаций.

Эти и им подобные вопросы помогают разместить существование проблемы в контексте некой сюжетной линии (истории). Когда мы размещаем проблемы – например, Гнев, – в сюжетных линиях историй, мы можем пролить больше света на то, каким образом проблема получила такое большое влияние на жизнь человека. Клиенты при этом узнают много нового и дают более насыщенное описание того, каким образом они могут вернуть себе свою жизнь, забрав ее из-под власти проблемы.

Каковы же эффекты экстернализирующих бесед? Во-первых, клиенты испытывают чувство облегчения, т.к. осознают, что они сами не являются проблемой. Во-вторых, экстернализирующие беседы «децентрируют» проблему, смещают ее с центральной позиции в жизни людей и создают пространство между клиентом и проблемой. В-третьих, позволяют клиенту разработать способы, как избежать пагубного воздействия проблемы на свою жизнь.

И в заключение, следует отметить, что экстернализация проблемы автоматически не приводит к тому, что клиенты каким-то волшебным образом освобождаются от

проблемы. Экстернализация проблемы – это только первый шаг. Следующие шаги подразумевают насыщенное описание альтернативной истории в жизни клиентов.

#### Список литературы

1. Николс, М. Семейная терапия. Концепции и методы / М. Николс, Р. Шварц. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.
2. Уайт, М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М. Уайт. – М.: Генезис, 2010. – 326 с.
3. Goldenberg, I. Family therapy: an overview / I. Goldenberg, H. Goldenber. – Belmont, CA: Thomson Higher Education, 2008.
4. Epston, D. Experience, contradiction, narrative and Imagination: selected papers / D. Epston, M. White. – Adelaide: Dulwich Centre, 1992.

#### **Созависимость девушек из алкогольных семей в зеркале проблемного поведения**

***Тащёва А.И., Бедрединова С.В.***

*Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

*annaivta@mail.ru, gridneva-sveta@mail.ru*

*Аннотация. В статье приводятся эмпирические сведения о своеобразии личности и поведения 40 взрослых дочерей из алкогольных семей, 17-23 лет; называются их типичные психологические трудности как основа проблемного поведения.*

*Ключевые слова: алкогольная созависимость, проблемы в поведении девушек, особенности самовосприятия студентками вуза, алкогольные и неалкогольные семьи.*

Практически все исследователи проблемы алкогольной созависимости полагают поведение детей из алкогольных семей проблемным (Васягина Н.Н., 2013; Гриднева С.В., Тащёва А.И., 2013; Гриднева С.В., Тащёва А.И., 2013; Москаленко В.Д., 1991; Тащёва А.И., 2010; Тащёва А.И., Бедрединова С.В., 2014; Тащёва А.И. Зелинская С.Ю., 1996 и др.).

Результаты данного эмпирического исследования 80 студенток (по 40 из алкогольных и неалкогольных семей) и наших предшествующих работ, данные литературы позволяют назвать следующие характеристики особенностей *самовосприятия, восприятия близких, людей в целом и, следовательно, проблемности в поведении девушек из алкогольных семей:*

1) Страх (особенно страх одиночества), постоянная тревога, которые сопровождаются неприятными предчувствиями, потребностью избегать любого риска во взаимоотношениях с ними, сверхвыраженной потребностью в контроле за собственным поведением и поведением окружающих, в гиперответственности за себя и других, не умением брать на себя ответственность за собственные поступки, за свою жизнь в целом; в попытках бесконечно манипулировать поведением других, особенно поведением алкоголика.

2) Непреходящие чувства стыда и вины за свое поведение и за поведение других; чувство вины за чужие проблемы. Они склонны к самоизоляции как к возможности скрыть «позор семьи»; часто испытывают ненависть к себе; а для камуфляжа явно заниженной, «условной» самооценки демонстрируют свои мнимое превосходство или вызывающую грубость.

3) Затянувшиеся чувства отчаяния и безнадежности в отношении изменения семейной ситуации или своих жизненных перспектив в целом; их отличают пессимистический взгляд на мир и чувства собственной неуспешности и невостребованности в течение всей жизни, что может не соответствовать реальным достижениям личности.

4) Ауто- и гетерогенный гнев, адресованный больному, семье в целом, себе, «всем на свете», сопровождается тягостным страхом потери самоконтроля, который



может стать одной из ведущих эмоций. При истинной или кажущейся им угрозы их реакции часто бывают непредсказуемыми, неожиданными для окружающих, их самих: они ведут себя вызывающе, агрессивно, жестоко – их часто вовлекают в экстремистские группы.

5) Упорное отрицание источника семейных бед: привычная минимизация тяжести алкогольных проблем; надрывные и часто безуспешные попытки оправдания, защиты пьющего от негативных последствий пьянства.

6) Ригидность личности, проявляющаяся в мышлении, чувствах, поведении; страх любых перемен из-за опасения ещё большего ухудшения своих жизненных обстоятельств.

7) Игнорирование собственных (и витальных!) потребностей и избыточная озабоченность бесконечным удовлетворением потребностей значимых людей из привычки считать себя своеобразным продолжением близких; выраженной личной зависимости от родственников, потребности в их постоянном присутствии, из страха оказаться брошенным, от постоянной ориентации на оценку себя другими людьми.

8) Расплывчатые нормы и игнорирование истинных человеческих ценностей (своеобразная «условная порядочность», когда нормы поведения значительно сужаются и адресуются только избранным, «своим» людям). Они не умеют точно воспринимать качество отношения к себе других людей. Посторонним демонстрируют свои лучшие качества, но жестоко страдают от ощущения собственной недостаточности, от неадекватности в сравнении с другими.

9) Их отличают значительные трудности в целеполагании, в определении смыслов собственной жизни, им «до физической боли» бывает сложно в ситуациях выбора, независимо от его значимости.

10) Они с трудом дифференцируют собственные чувства и переживания, затрудняются в предвидении реальной опасности.

11) Основным мотивом их поведения часто является страх перед неожиданной сменой настроений, реакций близких и посторонних людей, опасения вызвать их неодобрение, раздражение, гнев окружающих. Через пять-шесть лет такой жизни они глобально перестают доверять не только родственникам, но и людям вообще.

12) Они ориентированы не столько на успех, сколько на избегание неудачи, поэтому, страдая от ощущения *априорной, заведомой («обученной») неуспешности, одновременно устремленные к очень высокой оценке их окружающими, они могут годами не проявлять познавательной активности.*

Семьи с алкоголиками дисфункциональны, отличаются явным и скрытым взаимным отвержением; априорным отрицанием проблем, связанных с алкоголизмом; в них, как правило, имеет место насилие.

Созависимость в семье алкоголиков проявляется в образе мыслей, чувств и в действиях членов семьи; в выраженных психосоматических проявлениях.

В наиболее неблагоприятном положении в алкогольной семье оказываются дети всех возрастов, не только непосредственно страдающие от наличия в семье алкоголика, но и усваивающие его патологические модели поведения и эмоциональной неуправляемости.

В качестве примера сошлемся на результаты комплексного исследования особенностей самовосприятия студентками вуза из алкогольных (основная группа) и неалкогольных (контрольная группа) семей. Первым свойственна более выраженная *негативная генерализация самооотношения* (>26,0%; Мо осн=5,0; Мо Конт=71,4); 40,0% из них воспроизводят негативно генерализованный аутообраз: они постоянно не довольны собой, критикуют себя. Лишь 35,0% этих женщин позитивно и 28,0% - адекватно описывают себя как личности.

Взрослые дочери алкоголиков по сравнению со сверстницами из безалкогольных семей при описании *себя* реже используют *физические характеристики* (Хосн гр= 7,0; Хконт гр= 8,0); они не знают своего тела, боятся его, не умеют о нем заботиться.

Сравнительный анализ особенностей восприятия себя и близких взрослыми дочерьми из алкогольных семей с объективными портретами самих женщин свидетельствует о том, что они сами и их отцы чрезвычайно *близки по основным характеристикам восприятия*: внешне те и другие демонстрируют себя как люди яркие, демонстративные, социально смелые, коммуникативные, самодостаточные, доминантные, эгоцентричные, фанатичные, а внутренне (на самом деле) являются людьми слабыми, беспомощными, зависимыми. Одна из респонденток описала причины

собственной ориентировки на отца-алкоголика таким образом: «Его есть за что уважать: он один в семье делал, что хотел».

Искренние усилия этих людей создать семью, непохожую на алкогольную родительскую, обычно сводятся к безусловному исключению очевидных негативных поведенческих проявлений и к *созданию видимости здорового образа жизни*. В их семьях отсутствуют безусловная любовь, открытое выражение чувств и другие необходимые компоненты истинно семейных отношений, что оставляет детей и внуков алкоголиков социально неадаптированными, не подготовленными к жизни и, следовательно, инициирует их к воспроизведению в собственных семьях аналогичных негативных моделей семейного поведения, препятствующие полноценному выполнению ими родительских обязанностей, способствующие воспитанию еще одного поколения взаимозависимых - внуков алкоголиков.

Очевидно, что все члены алкогольной семьи нуждаются в помощи специалистов, так как составляют группу высокого риска алкоголизма и различных психологических и патопсихологических нарушений; по крайней мере, без профессиональной психологической помощи они, даже имея большие социальные достижения, они до конца дней своих не редко чувствуют себя несчастными людьми.

#### Список литературы

1. Васягина Н.Н. Специфика и условия эффективности воспитательной деятельности родителей // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 2.
2. Гриднева С.В., Ташёва А.И. Восприятие детьми семейного насилия [Электронный ресурс] // Психология и право 2013. № 1. С.134-144. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw>.
3. Гриднева С.В., Ташёва А.И. Оценка эффективности системы противодействия идеологии терроризма в молодёжной среде // Российский психологический журнал, 2013. № 5. Т.10. С. 105-118.
4. Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье // Вопросы психологии, 1991, № 4, с. 65-74.

5. Тащёва А.И. Российская семья как ресурс и диагностический критерий противодействия экстремизму и терроризму // Российский психологический журнал. 2010. Т. 7. № 5-6. С. 115-121.

6. Тащёва А.И., Бедрединова С.В. Новая интерпретация результатов CAST - теста для исследования взрослых детей из алкогольных семей//Гуманитарные и социально-экономические науки, 2014, № 5, с. 86-94.

7. Тащёва А.И., Зелинская С.Ю. Насилие в алкогольной семье. Психологический вестник. Выпуск 1. Часть 2. - Ростов-на-Дону, 1996, с.52-64.

8. Тащёва А.И., Зелинская С.Ю. Эмпирическое исследование своеобразия психологических особенностей взрослых сыновей из алкогольных семей//Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Психология и общественные науки. 2006, № S 26. с. 62-68.

**Личностно-ориентированный подход в системе сопровождения семей,  
воспитывающих детей с отклоняющимся развитием**

***Туревская Р.А., Косарева Е.Н., Егоршева И.В., Апросин М.М.***

*МГУ имени М.В. Ломоносова, , факультет психологии, АНО НППЦ «ТУРРИОН»,  
Москва, Россия*

*info@turrion.net*

*Аннотация. Разрабатываются ключевые концепции сопровождения семей, главная из которых сводится к личностно-ориентированному принципу, что предполагает работу с семейными травмами; актуализацию личностного потенциала семьи, направленного на развитие личности больного ребенка, а не на борьбу с болезнью; формирование мотивации на изменение. Сформулированы основные принципы работы - соответствие среды потребностям ребенка и интеграции ребенка в социум; учет структурной организации семьи и личностных особенностей родителей;*

*непрерывность психологического сопровождения семьи; учет возрастных новообразований.*

*Ключевые слова: личностное развитие, психологическое сопровождение, отклоняющееся развитие, потребности детей с ОВЗ, социализация.*

В настоящее время усиливается роль семьи в обществе, особенно это положение актуально в отношении семей, воспитывающих приемных детей и детей с ограниченными возможностями здоровья. На уровне практической деятельности психолога возникает необходимость разработки научно-обоснованной помощи таким семьям. Многолетний опыт, реализуемый АНО НППЦ «ТУРРИОН» в отношении психологической поддержки и помощи семьям, позволил сформировать ключевые концепции и принципы психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и разработать системную модель сопровождения семьи.

Системная модель помощи семье включает работу с травматическим опытом родителей в результате рождения и воспитания ребенка с ОВЗ, мифами и искаженными репрезентациями болезни, преодоление факторов стигматизации болезни, депривации, коррекцию аномальных моделей родительского поведения и воспитания, формирование оптимальных форм взаимодействия между родителями и ребенком, стратегий и тактик воспитания, нацеленных на обеспечение развития ребенка с ОВЗ, создание развивающей и безопасной среды для ребенка, обучение социальным навыкам при взаимодействии с социумом в условиях актуализации болезненного состояния ребенка, регресса в поведении, девиантного поведения и т.д..

Задачи данной статьи – формирование принципов работы, описание профилей проблемных зон воспитания, определение направлений работы в рамках психологического сопровождения родителей воспитывающих детей с отклоняющимся развитием. Во главу ставится принцип личностного развития и решение личностных проблем, как на полюсе ребенка, так и на полюсе родителя.

## Принципы сопровождения

### *1. Принцип личностного развития ребенка.*

Принятие личности и создание условий для самоактуализации человека является основным постулатом гуманистического подхода в психологии и психотерапии (Рождерс К., Сатир В., Экслейн В.). Принятие включает уважение, теплые чувства и веру в положительные изменения, и развитие каждого человека. Безусловное принятие, конгруэнтность, эмпатическое понимание - главные принципы гуманистического подхода в практике психологической помощи. «Безусловное принятие ребенка не означает отсутствия дисциплины, ограничений или недопустимости отрицательного отношения к его поступку. Однако оно должно строиться так, чтобы ребенок не сомневался в уважении к нему» (Рождерс К, 1961). Психологическая работа с семьей ставит во главу угла личность ребенка с аномальным развитием, которая нередко скрыта за патологическими симптомами, так как именно развитие личности определяет успешность прохождения этапов социализации.

Исследуя воспитательные модели мы заметили, что существуют определенные стратегии детско-родительского взаимодействия (неадекватные родительские установки, дисфункциональные паттерны), которые ограничивают/блокируют развитие личности ребенка:

- болезнь превалирует в воспитании: одна модель – когда личность ребенка теряется за набором симптомов (стигматизация), которые родители постоянно пытаются идентифицировать, другая – болезнь ребенка является способом ухода от ответственности;
- отсутствие морально-нравственной оценки поведения ребенка;
- наличие симбиотической связи (симбиоз формируется в силу болезненности ребенка особенного качества ухода);
- создание «искусственной» среды, которая конфронтирует с социальными требованиями и нормами;

- жестокое обращение с ребенком: эмоциональное и физическое насилие, не учет желаний и потребностей ребенка, критика его поведения;
- искусственная инвалидизация ребенка;
- вседозволенность и отсутствие элементов ограничения в воспитании.

Родители делают все для своего ребенка, а личность развивается дефицитарно и не способна к сопереживанию и преодолению. Фактически ребенку дается право «делать то, что хочешь», без учета ситуации и людей;

- стремление к достижениям в обход личности ребенка.

Выявленные факторы соотносятся с данными исследования, проведенного с использованием опросника для родителей АСВ («Анализ семейных взаимоотношений»), который позволяет выявить различные нарушения процесса воспитания, определить тип патологизирующего воспитания, определить причины нарушений. Полученные нами результаты показывают, что у исследуемых нами родителей достигаются критические значения по следующим шкалам: гиперпротекция (шкала Г+), гипопротекция (шкала Г-), недостаточность требований и обязанностей (шкала Т-), недостаточность требований и запретов к ребенку (шкала З-), минимальность санкций (наказаний) (шкала С-), неустойчивость (непоследовательность) стиля воспитания (шкала Н), фобия утраты (шкала ФУ).

Данные характеристики воспитания ребенка с отклоняющимся развитием формирует дисфункциональные модели и паттерны взаимодействия, в основе которых изначально лежит снижение требований к ребенку в отношении правил и норм социальной жизни, снятие социальной ответственности (щадящий режим, вседозволенность, снижение требований, которые ребенок может выполнить, что приводит к снижению собственных усилий ребенка). Снижая социальные требования и обесценивая для ребенка правила, оправдывая их несоблюдение болезненным состоянием детей, родители, таким образом, принимают медицинскую точку зрения, которая снимает ответственность с человека в условиях болезни и в итоге приводит к снижению ресурсов для преодоления болезни.

Стремясь к социализации ребенка, фактически они создают условия препятствующие социализации, т.к. именно болезнь начинает определять отношение к

ребенку и формирует «особые условия», которые во многом игнорирует правила жизни в обществе. Такой подход рано и или поздно ведет к изоляции ребенка от общества. Однако именно учет правил, норм и требований социальной жизни является тем механизмом, который формирует *личность ребенка* на разных этапах развития, способствует интеграции и создает условия для инклюзии.

Нередко семья занимает агрессивную позицию в отношении социума и разрабатывает свои неадекватные требования, тем самым формируя стратегии обхода требований социума. По нашему наблюдению эти способы адаптации носят не столько защитный характер, сколько являются некоторой экспансией в отношении общества, с которым приходится взаимодействовать, и предполагает не принятие социальных норм, а навязывание собственных правил. Данная стратегия в практическом плане имеет негативные последствия в виде частой смены детских садов, школ и т.д. с наличием циркулярных паттернов социального поведения в сочетании с формирующейся враждебностью, непонятностью и т.д.

Частой особенностью семей воспитывающих детей с отклоняющимся развитием является наличие симбиотической связи в диаде «мать-ребенок». Изучая стили родительского воспитания, обуславливающие симбиотические отношения, мы выделили диапазон взаимодействий от гиперопекающего до попустительского стиля (перекладывание ответственности на инфантильного ребенка). Таким образом, детско-родительские симбиотические отношения, подкрепляя условную желательность болезни, блокируют развитие личности ребенка и на определенном этапе выполняют стабилизирующую функцию при разворачивании симптома (Туревская Р.А., Косарева Е.Н., 2013)

Потребность в симбиотической связи может определяться не только незрелостью ребенка, но и поддерживаться страхом родителей «потерять ребенка», нерешительностью в процессе сепарации ребенка. Нередко сам ребенок может актуализировать негативные формы поведения для того, чтобы разрушить симбиотические отношения. Желание ребенка «освободиться» начинает проявляться в поведенческих расстройствах (например, негативизм, провоцирующее и дурашливое поведение по отношению к родителю, с которым ребенок находится в симбиотических



отношениях), что приводит к усугублению симптоматики и как следствие к постановке более тяжелого диагноза.

Таким образом, развитие и укрепление личности ребенка необходимо даже в условиях болезни и, в первую очередь, достигается за счет принятия социальных норм и правил. Поэтому одной из первых задач психологического сопровождения является работа с родителями и детьми направленная на принятие социальных требований и норм и формирование системы морально-нравственной оценки для регуляции поведения ребенка в социуме. Отсутствие последнего часто ведет к вседозволенности ребенка, когда трудности регулировать свое поведение, эмоции оправдываются болезнью, определяются как невозможность, обусловленная диагнозом, как следствие ребенок освобождается от необходимости контролировать свое поведение (например, мама приходит на консультацию и, первое, что она говорит аутичному ребенку, чтобы он «не расстраивался», и, не обращая внимания на специалистов, говорит: «Ты можешь брать здесь все, что захочешь»).

Особенно это показательно в клинической практике, часто специалисты, работая с ребенком, трудности переживания им неудачи непосредственно связывают с болезнью ребенка (например, при наличии у него аффективной возбудимости), и, т.о., сворачивается собственно психологическая работа по налаживанию процессов регуляции эмоциональных состояний, обучение ребенка способам удерживать и справляться с эмоциями, хотя более эффективный подход - это сочетание медикаментозного лечения и коррекционных воздействий. И в этом случае необходима актуализация *личностного ресурса при работе с ребенком и родителями вне зависимости от уровня развития ребенка и глубины дефекта с целью преодоления трудностей эмоциональной регуляции в противовес «легализации» дефекта. Практика показывает, что необходимым условием является именно разворачивание личностного потенциала родителей в сочетании с актуализацией возможного уровня эмоционально-личностного реагирования ребенка, что дает положительные результаты в процессе социализации ребенка.*

## ***II. Принцип соответствия среды потребностям ребенка и интеграции ребенка в социальную среду.***

Актуальным в рамках психологического сопровождения родителей детей с отклоняющимся развитием является «принцип соответствия среды потребностям ребенка». Содержание психологической работы должно соответствовать психологическим потребностям ребенка, в условиях нарушения этого принципа дети сами начинают сопротивляться коррекционной работе или наблюдается стагнация в развитии, регрессивные явления. Этот принцип обеспечивается грамотной профессиональной диагностикой с определением актуального статуса развития ребенка и умением увидеть, как ближайшие задачи, так и отдаленные цели развития.

В этих условиях семья должна поддерживать актуальные возможности ребенка в сочетании с разработкой задач зоны ближайшего развития. Все эти задачи невозможно решить, если нет цели интеграции ребенка в социальную среду. Т.к. именно эта среда содержит смысловые ориентиры для зоны ближайшего развития. На практическом уровне принцип соответствия среды потребностям ребенка и принцип интеграции неразрывно связаны и составляют различные стороны одного и того же процесса.

Несоблюдение данного принципа семьей, также как и недостаточное понимание потребностей и барьеров в развитии и адаптации ребенка, может приводить к системным и множественным нарушениям, которые могут затрагивать как различные уровни функционирования семейной системы, так и эмоционально-личностное развитие ребенка. Наиболее часто встречаемые проблемы, которые формируют мишени психологической работы при сопровождении семьи, воспитывающей ребенка с отклоняющимся развитием:

- 1) В семейной системе это может быть нарушение проницаемости границ, отгороженность семьи, искажение семейных ценностей, которые формируются под влиянием болезни ребенка и сужают возможности его развития, симбиотические отношения между ребенком и одним из членов семьи, чаще матерью.

2) Отсутствие постоянного или адекватного объекта для формирования я-идентичности ребенка, что на ранних этапах развития может обуславливать расстройства привязанности, нарушение полоролевой идентификации.

3) Отсутствие структурированной системы жизненных правил, распорядка дня и бытовых условий, включая пространственную организацию среды, оказывает патологизирующее влияние на поведение и в целом на развитие ребенка, не обеспечивает развитие навыков безопасной жизни.

4) Приписывание ребенку роли несоответствующей его возрасту, нарушение иерархии между взрослым и ребенком (мама - подружка, ребенок и мама взаимодействуют на уровне друзей, ребенок подтягивается до уровня взрослого, но при этом не соответствует предъявляемым ему требованиям) или, наоборот, инфантилизация ребенка, когда он низводится до уровня «маленького»;

5) Повышенные или сниженные требования к ребенку;

6) Жесткие требования родителей по соблюдению определенных культурных норм, национальных традиций и ценностей, в том числе религиозных.

7) Снижение родительских функций, снятие с себя ответственности за судьбу ребенка и семьи, перекладывание ее на специалистов, «болезнь», духовных лиц и т.д.

Несоответствие среды потребностям ребенка может принимать разные формы, как на уровне психофизических потребностей ребенка, так и на уровне ролевых диспозиций и возрастных возможностей.

Отдельной задачей работы становится процесс интеграции родителей и детей в социальное пространство: групповые формы работы с детьми и родителями; принадлежность к группам и ассоциациям, расширение социальных связей. Так как нередко родители оказываются без социальной поддержки, что приводит к еще большей изоляции.

По мере взросления ребенка родитель и ребенок вступают в отношения с новыми социальными институтами и организациями (детский сад, школа, колледж). Способ

интеграции ребенка ОВЗ в общество, во многом зависит от стиля взаимодействия родителя с социальными институтами.

Если формирование новых моделей отношений носит негативный характер, это блокирует процессы социализации ребенка и его интеграции в общество.

Анализ материалов сопровождения семей при решении вопросов социализации и задач инклюзии показывает, что наиболее дисфункциональными позициями родителей при взаимодействии с педагогами становятся следующие стили социального поведения:

- 1) «Заискивающий», «задабривающий» стиль
- 2) «Конфронтирующий» стиль
- 3) «Контролирующий» стиль
- 4) Невключенный родитель

Каждый из этих стилей может иметь свои негативные последствия для адаптации и обучения ребенка с ОВЗ.

### ***III. Принцип преодоления травматического опыта родителей.***

Ребенок с патологией в развитии накладывает особый отпечаток на семейную структуру, в частности, на систему общения родителей и детей, меняя их ролевую структуру, семейные границы, «заставляя» родителей часто чувствовать себя беспомощными и выстраивать специфическую систему общения с ним, обусловленную болезнью. Эта система общения для родителя может быть непонятной, и в свою очередь вызывать стресс. Чем сложнее становится коммуникация между родителем и ребенком, чем она непонятнее, тем менее родитель пытается предугадать и понять о чем думает, чувствует ребенок, все больше сводя свою заботу о таком ребенке, к удовлетворению его потребностей, и ограждению от трудностей, внешнего мира и социальных контактов. Парадокс в том, что в этом отношении существует поляризация этого отношения в двух видах: с одной стороны родители не хотят видеть в ребенке аномальные черты и живут с мыслью, что их ребенок когда-нибудь станет нормальным. Есть другая крайность, в которой родитель остается с мыслью, что его ребенок изгой для общества и никогда не

сможет жить на равных с ними. Любая из этих позиций ставит крест на реальной личности ребенка и его будущем, заводя в тупик стигматизации.

В подобных семейных системах, ребенок занимает более слабую социальную позицию, чем он мог бы исходя из его возможностей, из-за наличия особого стиля коммуникаций между родителями и ребенком. Сбой в системе их взаимодействия происходит на личностном уровне общения: в силу того, что дети с аномальным развитием испытывают трудности в эмоциональной саморегуляции, родители стереотипно подходят к общению с ними. Это может проявляться, как и в виде попустительства, когда родитель, мотивируя тем, что он следует за ребенком, не ставит перед ребенком никаких ограничений, либо наоборот в виде изоляции ребенка, обрекая его на ограничения в развитии вследствие депривации.

С другой стороны, стереотипизация в общении, происходит еще потому, что те физические и эмоциональные затраты, которые должен потратить родитель на воспитание и развитие личности ребенка с патологией развития могут быть чрезмерными. В независимости от стратегии общения и отношений привязанности, родитель эмоционально защищается от патологии ребенка. С другой стороны, родитель с ребенком в силу ограничений его жизни, может находиться часто в симбиотических отношениях.

Сам факт рождения ребенка с ограниченными возможностям развития, вызывает чувство вины, опустошенности, враждебности к социальному окружению. Особые потребности таких детей создают сложности у родителей

Стоит сказать, что ребенок не становится причиной травмы, им является его болезнь. От неё и её последствий хотят избавиться родители. В расширенных семьях, поиск виновного является частой проблемой. Вместо работы с собственными чувствами, эти люди ищут объяснение диагнозу. В подобных случаях, родитель редко дифференцирует личность ребенка и его болезнь, направляя все силы на устранение последней, они теряют при этом перспективу развития ребенка. Все вышесказанное формирует мишень работы с родителями по актуализации личностных реакций ребенка. Травма родителей должна быть переработана таким образом, чтобы они смогли

сформировать перспективу развития ребенка, которая связана с умением увидеть личность ребенка, а не «уходить» в его болезнь и борьбу с ней.

Приходя к психологу, родители часто не ожидают, что предметом работы станет не только ребенок, но и они сами и их система взаимодействий с ребенком. Более того, такие клиенты не отслеживают, что негативная оценка болезни влияет на стиль их коммуникации с ребенком.

Известно, что каждый родитель, сталкиваясь с диагнозом ребенка, получает травму. Существующие модели принятия диагноза ребенка с отклонениями в развитии описывают стадии, которые проходят родители (Cunningham С.С., 1983). Уровень дезадаптации родителей во многом будет зависеть от стадии, на которой они находятся, и это во многом определит их отношения к заболеванию, возможность оказания помощи ребенку и воспитательные тактики. Решение подобных задач сложный процесс и, несмотря на наличие стратегий помощи, носит для каждой семьи индивидуальный характер. Работа специалистов с семьей должна быть направлена на определение стадии, выстраивание картины болезни, работу с травмой.

Важно отметить, что перерабатывая травму, родитель формирует мифы, которые определяют отношение к ребенку и оказывают влияние на формирование стиля воспитания и характер помощи ребенку. Психопатология обозначается там, где ее нет, либо, наоборот, обесценивается. В обоих случаях организуются несоответствующие потребностям ребенка условия развития, обучения и воспитания, которые во многом могут ухудшать ситуацию.

Мифотворчество родителей - внутренние репрезентации болезни, которые влияют на отношение к ребенку и как следствие формирование воспитательных тактик. Мифы формируются в результате получения различных и часто противоречащих друг другу диагнозов, многочисленных консультаций, самостоятельного изучения проблемы (чтение литературы, участие в форумах, посещения профильных мероприятий), определенные социокультурные условия, что в конечном итоге приводит к явлениям стигматизации в развитии ребенка и семьи.

Так, например, страх мамы в отношении того, что дополнительная нагрузка приведет к эпилептическому приступу, способствовала созданию настолько щадящих

условий воспитания (поздний подъем, дополнительный сон, снижение учебной нагрузки, потворство любым капризам, оказание чрезмерной помощи в бытовых навыках), что это привело при хорошем уровне когнитивного развития к отсутствию у ребенка усилий в отношении разных видов деятельности, снижению мотивации обучения и мотивации на преодоление болезни, инфантильному стилю поведения.

Либо родители настолько верят в гениальные способности ребенка, что не учитывают психофизиологические, личностные и социальные ограничения отклоняющегося развития, формируя «кумира семьи», которому все дозволено. При этом игнорируются социальные нормы и правила поведения.

#### ***IV. Принцип учета возрастных новообразований при формировании стратегий и тактик воспитания и психологического сопровождения.***

На каждом этапе развития ребенка перед семьей стоят специфические задачи, решение которых ведет к формированию психологических новообразований. При отклоняющемся развитии возрастные новообразования часто скрыты под грузом психопатологии, вследствие этого родители не принимают их во внимание и часто «не видят». Здесь требуется работа психолога, который за множественностью психических нормальных и аномальных проявлений, сможет увидеть сущностные феномены развития, понять их механизмы, динамику развития и сориентировать родителей.

Своевременное решение психологических проблем развития, часто открывает место для формирования психологических новообразований, которые при определенных условиях психологического сопровождения могут разворачиваться спонтанно. Задача специалиста при работе с семьей: создать ту оптимальную среду, которая раскрыла бы личностные возможности ребенка. Психологическая помощь, должна заключаться через постановку задачи актуализации возрастных новообразований в первую очередь личностного развития.

Еще одним условием для раскрытия возрастных новообразований, является предвосхищение и упреждение родителем тех задач, которые стоят перед развитием ребенка в ближайшем и отдаленном будущем. Для этого необходимо личностное

развитие самого взрослого - его способности позитивно перерабатывать прошлый опыт. При нарушении этого принципа происходит стагнация в развитии и инфантилизация ребенка.

#### *V. Принцип учета семейных факторов.*

Сложившаяся на сегодняшний день модель консультирования родителей детей с аномальным развитием достаточно формальна и включает в себя следующие компоненты: информирование, определение психологических проблем и их последствий, рекомендации проконсультироваться у специалистов медицинских профессий (невролог, психиатр). Фактически в рамках этой системы недостаточно учитывается личность родителей, семейная система, накопленный опыт проблем и способов их решения. Таким образом, основная функция такого сопровождения и психологической помощи – это информирование. Это информирование часто осуществляется без учета личности родителей и нередко одна и та же информация может привести к непредсказуемым результатам. В одном случае, родитель, узнав, что у его ребенка тяжелый диагноз (например, аутизм) берет на себя ответственность и принимает ряд решений по организации медицинской и психологической помощи ребенку, а другой – снимает с себя ответственность и отказывается от ребенка. Чаще мы видим циркулярный паттерн поведения, когда родитель не может принять информацию и постоянно ходит по специалистам. Циркулярный паттерн связан с тем, что личностные проблемы родителей не решаются.

Личностно-ориентированное сопровождение предполагает активное взаимодействие с родителями, выстраивание мотивации на изменение, семейные интервенции. Это учитывается, например, в рамках Адлерианской модели консультирования, которая предполагает, что родителей нужно мотивировать к принятию определенных решений в плане медицинской и психологической помощи ребенку.

Учет личности родителей и ценностей системы воспитания важный системный фактор при оказании помощи семье, воспитывающей ребенка с отклоняющимся



развитием. Он определяет воспитательные тактики и стратегии, психологические интервенции (например, в плане сепарации) и необходимость терапии, включая работу с травмой и личностными расстройствами родителей.

Разрабатывая рекомендации и производя интервенции, специалисты должны учитывать: особенности семейного уклада и стиля жизни семьи, национальные особенности семьи, семейные мифы и правила. Если рекомендации противоречат стилю жизни и особенностям семьи это усилит сопротивление и приведет к тому, что все рекомендации, которые дает специалист, будут отвергнуты, а специалисты (психологи, неврологи, психиатры) – обесценены. И часто это происходит в скрытой форме, в результате чего, и семья и ребенок не получают должного сопровождения.

Важно понимать, что принятие рекомендаций от специалиста это длительный процесс, и он требует доверительного контакта со всеми членами семьи, преодоления сопротивления, иногда конфронтации при учете и понимании особенностей семейной системы. Практика работы показывает, что может пройти несколько месяцев, прежде чем семья примет предложенные ей модели детско-родительских отношений, воспитания, и изменит стиль жизни с учетом потребностей и актуальных задач развития ребенка.

Важной задачей работы с семьей является формирование адекватного понимания и репрезентации родителями болезни ребенка и как эта болезнь встраивается в структуру семейных взаимоотношений, включая взаимодействие с расширенной семьей. У родителей, даже если им неоднократно ставили ребенку тяжелый диагноз, окончательного принятия и понимания этого диагноза нет. Психологическая работа всегда осуществляется в условиях «неопределенности», незавершенности в принятии диагноза, что влияет на установление терапевтических отношений и в ряде случаев создает «почву» для давления на специалиста, продвижения «своих» требований. В традиционном ключе для того, чтобы преодолеть эту «неопределенность», «непонимающего» родителя начинают убеждать в особой тяжести заболевания ребенка и сужении перспектив развития, что приводит к возрастанию сопротивления родителей, депрессиям и вторичной травматизации. Понятия болезни, диагноза постоянно пересматриваются родителями, и на каждом возрастном этапе складывается свое

понимание в соответствии с формирующимися психологическими новообразованиями ребенка. Личностно-ориентированный подход учитывает процессуальный характер принятия диагноза ребенка родителями, его динамичность, предполагает работу с психологическими защитами и направлен на формирование личностных смыслов, которые позволяют найти место болезни в системе жизненных координат, а не адаптироваться под нее.

Рождение больного ребенка «ломает» семейную систему. Происходит дезинтеграция, один из родителей может уйти из семьи, меняются связи в расширенной семье, родители теряют работу или берут дополнительную работу. Нагрузка на семью усиливается, и семья может по-разному реагировать на все эти процессы. Указанные проблемы формируют специальные мишени для психологической работы в рамках семейного сопровождения.

Одной из главных задач работы с семьей является восстановление супружеских отношений, которые нередко нарушаются, а взаимодействие в семье приобретает дисфункциональный характер. Как правило, отец оказывается на периферии и все внимание матери концентрируется на ребенке. Часто, находясь в семье, отец не участвует в воспитании ребенка или не принимает ребенка с отклоняющимся развитием. Работа специалистов в данном случае должна быть направлена на восстановление семейных и супружеских отношений с включением в работу и отцов, что нередко способствует улучшению ситуации в целом.

## ***VI. Формирование родительской мотивации на изменение.***

Формирование у родителей мотивации на изменение является необходимым условием для создания среды, оптимальной для развития ребенка. С другой стороны, наличие психических расстройств у ребенка мешает родителям решать их собственные проблемы и решать задачи самореализации. Эти моменты определяют специфические мишени сопровождения при работе с родителями: изменение отношения к болезни и самого понятия «болезни» и его ограничений (среда не отменяет понятия болезни).

Медицинское толкование болезни фокусируется на определении последствий и ограничений, к которому приводит болезнь. В социальном понимании фокус делается на среде, барьерах, которые создает среда, и в этом пространстве идет закладка продуктивного отношения к болезни, которое будет не ограничивать, а развивать семью. В основе личностно-ориентированного подхода к сопровождению лежит именно социальное понятие болезни, что расширяет возможности психологической работы и формирует мотивацию родителей на изменение психологического и социального статуса ребенка с отклоняющимся развитием.

Существуют различные семейные сценарии, которые предполагают наличие условной выгоды болезни ребенка и оправдания собственного бездействия, отсутствия жизненной перспективы, профессиональной нереализованности или осознание своей собственной миссии по спасению, или «жертвы» во благо развития ребенка – все эти факторы могут блокировать мотивацию к изменению и вести к стагнации в развитии ребенка, «цементированию» семейных проблем, формированию жестких границ и ригидности семейной системы. В этом случае возникает необходимость разработки особых терапевтических задач и интервенций, направленных на решение личностных проблем родителей, задач самоактуализации с выходом на изменение ситуации в отношении ребенка.

Нередко приводя ребенка на работу к специалисту, родители хотят увидеть улучшения, не понимая, что изменения психологического статуса ребенка невозможны без изменений семейной ситуации, самой позиции родителей в отношении к ребенку, реорганизации текущей модели бытовых условий жизни. Отсутствие мотивации родителей на решение или преодоление проблемы является фактором тормозящим работу специалиста и нередко нивелирующим достигнутые успехи.

В практике нашей работы был случай, когда ребенок с самого раннего возраста в течении многих лет вел «кочевой образ жизни», в течении недели он жил то с мамой, то с бабушкой и дедушкой, при этом ухаживающие лица демонстрировали противоречивые (прямо противоположные) стили воспитания. Работа с мамой была направлена на изменение текущей ситуации, создание более стабильных, безопасных и структурированных условий для ребенка, так как без изменений ее стиля жизни

эффективность помощи ребенку снижалась. И именно принятие необходимости изменений ее уклада жизни и способов взаимодействия с расширенной семьей было наиболее трудным и важным моментом в работе с данной семьей и условием повышения эффективности работы с ребенком.

Вышеуказанные принципы определяют еще один по важности не уступающий им принцип - **принцип непрерывности психологического сопровождения семьи.**

Там, где указанные принципы работы нарушаются, состояние ребенка может ухудшаться, будут нарастать явления стигматизации, затрудняя процесс социализации ребенка с ОВЗ.

#### Список литературы

- Рождерс К., Взгляд на психотерапию, становление человека. Пер. с англ. -М.: Издательская группа «Прогресс»,- 2001.
- Сатир В., Семейная терапия. Практическое руководство. Пер. с англ.- М.: Институт общегуманитарных исследований,- 2013.
- Туревская Р.А., Косарева Е.Н., Системный подход к исследованию симбиотических отношений в детском возрасте. - Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Москва 2013.- Стр 178-179.
- Уэбстер-Страттон К., Герберт М., Проблемные семьи - проблемные дети. Пер. с англ.- Екатеринбург: Изд-во: Рама Пабблишинг,- 2010.
- Эйдимиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., Семейный диагноз и семейная психотерапия. Санкт-Петербург: Изд-во «Речь»,- 2003.