

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Студент

М. В. Чекмарёв

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.псих.н. И. В. Кулагина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Теоретическая характеристика системы помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям, анализ возможного места в ней позитивной и транскультуральной психотерапии	14
1.1 Современное состояние понятия «ограниченные возможности здоровья»: социально-психологический и культурно-философский анализ	14
1.2 Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья: становление понятия и теоретическое обоснование ее необходимости	18
1.3 Позитивная и транскультуральная психотерапия – общая характеристика метода и ее взгляд на родительство	25
1.4 Групповая психологическая работа: общая характеристика и подход позитивной психотерапии	35
Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, с использованием методов позитивной и транскультуральной психотерапии	46
2.1 Организация эмпирического этапа исследования: обзор диагностических методик и характеристика группы, участвующей в исследовании	46
2.2. Реализация программы психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и оценка ее эффективности	57
Заключение	75
Список используемой литературы	78

Введение

В настоящее время, когда предпринимается попытка перехода принципа организации социального пространства от нормативности к инклюзивности, остро встает проблема интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в активную жизнь. Эта интеграция должны быть связана не только с внешними факторами – средой обитания, расширением возможностей для передвижения, обучения, общения и трудовой адаптации, но и с внутренними – психологической готовностью обеих сторон – лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и мира нормотипичных людей – делать шаги навстречу друг другу. На пути к сближению становится феномен стигматизации, связанный с широко распространенным в философской антропологии Нового Времени феноменом массового человека (К.Г. Юнг) [47] и власти большинства, разлитой в социальных пространствах. Принадлежать к большинству часто и означает быть нормальным, и это актуально не только для обыденного сознания, но и привычных парадигм психологии и педагогики, которые долго были выстроены вокруг схемы «диагностика отклонений от нормы – коррекция (максимально возможное возвращение к норме), при невозможности коррекции – изоляция».

Смена парадигмы – не только научное явление, особенно в том, что касается психологии. Она требует расширения представлений о мире и людях в соответствии с идеями о научных революциях, предложенной Т. Куном [48]. На практике это означает вовлечение в процесс дестигматизации не только самих лиц с ОВЗ, но и их ближайшего окружения. В первую очередь, это родители детей с ОВЗ, которые несут бремя воспитания детей, повседневной адаптации их к миру и защиты их прав. Это бремя накладывает отпечаток и на их мироощущение.

Между тем, практика сложилась таким образом, что родители оказываются вне сферы внимания программ поддержки традиционных подходов к реабилитации. Семья в них рассматривается как социальная

группа, которая нуждается в материальной и организационной поддержке, но область психологического игнорируется. Однако любая семья это психологическая система, она создает условия для проявления и становления многих аспектов психики ребенка. Это ярко продемонстрировали представители психодинамического подхода в психологии и психотерапии, особенно создатели теории привязанности и объектных отношений Дж. Боулби, М. Малер, Д.В. Винникотт, Д. Фэйрберн и другие, а затем и Г. Ньюфелд, предложивший гуманистическое измерение теории привязанности. Не меньший вклад в понимание этого процесса внесли представители системной семейной теории, например, М.С. Палаццоли, Л. Босколо, В. Сатир и Х. Штирлин. Роль фактора семьи в формировании целого спектра психологических способностей ребенка подчеркивал и создатель позитивной и транскультуральной психотерапии Н. Пезешкиан.

Итак, сам термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья» появляется в рамках парадигмы дестигматизации, которая сформировалась во второй половине XX века. Целью дестигматизации стало изменение мышления, общественного сознания, которое смогло бы совершить поворот в системе социальных отношений. В течение долгого времени лица с ограниченными возможностями здоровья были изолированы, получая специальное образование и воспитание, имея поражение в правах, становясь предметом ругательств, возникших на основе медицинских терминов. Особенно это актуально для психиатрии, значительная часть терминологии которой, ассимилируясь обыденным словарем, превращалась в оскорбления. Это процесс зашел настолько далеко, что Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) была вынуждена вывести из употребления значительное количество понятий, использовавшихся классической психиатрией, и заменить их нейтральными эквивалентами. Например, вместо понятия «олигофрения» – «умственная отсталость», а вместо обозначения ее степеней тяжести дебильности, имбецильности и идиотии – легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость.

Конечно, сам процесс не связан с переименованием, он гораздо шире, но необходимость изменений на уровне языка ярко демонстрирует высокую степень социального отвержения.

В центре нашего исследования – дети с ОВЗ, имеющие психические нарушения, и их родители. Мы уже упомянули ширину социальной дистанции между условно психически здоровыми людьми и душевнобольными. Но их семьи и, в частности, родители, также подвергаются стигматизации. Довольно часто встречается убежденность, что дети с психическими нарушениями рождаются в семьях с низким социальным, культурным и интеллектуальным статусом, их рождение связано с грехами родителей и т.д. Дети и их родители часто становятся объектами порицания, стыжения и иных видов общественного насилия. Родители вынуждены формировать те или иные стили дефензивного поведения и обучать им своих детей. В результате уровень доверия родителей и детей оказывается крайне низким, что затрудняет интеграцию детей с ОВЗ и их семей в активную жизнь, вызывает скепсис относительно эффективности мер психологической поддержки и перспектив на будущее.

В XXI веке, кроме этого, наблюдается еще одно тревожное движение в научных и околонаучных кругах. Вновь, как и в XVIII веке, набирают популярность идеи элиминативного материализма в психологии, которые пытаются свести все психические процессы к материальным явлениям, отрицая глубокую роль культуры, воспитания, психолого-педагогических и психотерапевтических воздействий. В системе помощи детям с психическими расстройствами, особенно с расстройствами аутистического спектра, процветает биологическое лечение, агрессивные методики переобучения, включающие в себя насилие, жесткие диетические предписания. Большая часть из этих методов имеют сомнительное научное обоснование. Их возникновение, с большой долей вероятности, связано с эмоциональным выгоранием представителей помогающих профессий и родителей. Одним из симптомов выгорания является деперсонализация.

Обезличенные способы помощи позволяют не вовлекаться в процесс реабилитации, лечения, обучения и коррекции. В долгосрочной перспективе это приводит к еще большей стигматизации, в которой наличие психического расстройства как будто бы разрешает специалисту и родителю быть неэмпатичными. В России в данный момент предпринимаются попытки создать первые клинические рекомендации по терапии и реабилитации расстройств аутистического спектра по инициативе сообщества доказательной медицины, однако сама парадигма доказательной медицины является, в первую очередь, фармакоэкономической, то есть нацелена на поиск эффективных, экономичных и статистически измеримых способов помощи. Социальная помощь неизмерима, поэтому никак не артикулирована в этих рекомендациях. Среди психологических подходов рекомендации содержат, в абсолютном большинстве, поведенческие методы. Гуманистические подходы не включены, причем, в первую очередь, не из-за неэффективности, а нестандартизируемости, что делает невозможным анализ их доказательности. На практике это приводит к дрейфу такого рода подходов в педагогическую или психолого-психотерапевтическую среду.

Между тем, расстройства аутистического спектра разной глубины проявления встречаются примерно у одной тысячной части населения. Агрессивная для таких детей и взрослых среда приводит к декомпенсации их механизмов адаптации и развитию вторичных расстройств, а для их родителей и родственников – к эмоциональному выгоранию и формированию невротических и психосоматических расстройств.

Следует еще раз подчеркнуть, что основной ресурс детей с ОВЗ – их родители – не охвачены систематической психологической помощью. Большая часть усилий имеющихся подходов направлена на психологическое просвещение, создание комплаенса (приверженности к лечению), обучение родителей элементам психолого-педагогической коррекции, которые могут быть применены в домашних условиях. Эти усилия важны, но они не включают в работу личность самого родителя. Более личностно

ориентированными являются общественные объединения родителей детей с ОВЗ, но они нередко становятся фактором выделения родителей и их детей в особый социальный слой, формируют самосознание меньшинства, против которого агрессивно настроено большинство. Кроме того, обмен опытом между родителями в таких объединениях чаще связан с вопросами лечения, реабилитации, быта, совместного привлечения специалистов в сфере соматического и психического здоровья для их детей, а не с личным психологическим состоянием.

Наше исследование стало воплощением идеи гуманистической психологической поддержки родителей детей с РАС, которая развивается в русле позитивной и транскультуральной психотерапии в течение последних пяти-семи лет. Основными представителями этого подхода являются Эва Добиала (Польша, г. Лешно) и Я.Б. Мизинова (Россия, г. Хабаровск), а также Е.А. Ловыгина (Россия, г. Калининград), Е.В. Докунова (Россия, г. Хабаровск), сообщества практиков в сфере детской позитивной психотерапии в г. Краснодар и г. Петропавловск-Камчатский. В течение последнего времени философия этого подхода транслируется в специализации по детской позитивной психотерапии, программа которой разработана в России М. В. Чекмарёвым и Е. В. Докуновой.

Актуальность исследования. Актуальность исследования обусловлена недостаточным вниманием к проблеме психологического состояния родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. Большинство имеющихся программ рассматривают родителя как сопровождающее лицо, союзника в системе коррекционных и воспитательных мероприятий, иногда того, чье влияние нужно преодолеть, но не как самостоятельного субъекта, настолько же сильно нуждающегося в поддержке, что и ребенок с ОВЗ. Это дегуманизирует систему психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, тем самым создавая препятствие как работе с ребенком, так и возможностям расширения социальной активности и повышения качества жизни всей семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

Указанные противоречия науки и практики обуславливают **проблему исследования**, которая заключается в необходимости обоснования включения в программы психологической поддержки родителей детей с ОВЗ как тех лиц, которые создают наиболее важные условия для интеграции детей в общество и их благополучную социальную адаптацию, между тем как в большинстве существующих в настоящее время программах реабилитации родителям отводится функциональная, а не персональная роль. Причем принципы этого включения должны быть основаны на гуманистической психологической парадигме.

Объект исследования: личностные проблемы родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Предмет исследования: психологическая коррекция родительского эмоционального выгорания и повышение психологического компонента качества жизни родителей, воспитывающих детей с ОВЗ средствами позитивной психотерапии.

Цель исследования: теоретически обосновать и эмпирически изучить эффективность программ психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, реализованных на основе позитивной и транскультуральной психотерапии.

Гипотеза исследования: программа психологического сопровождения, созданная на основе принципов позитивной и транскультуральной психотерапии, приведет к снижению уровня родительского эмоционального выгорания, повышению психологического компонента качества жизни и развития первичных актуальных способностей у родителей, имеющих детей с ОВЗ.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены **задачи** исследования:

1. Осуществить теоретический обзор методологических подходов к организации помощи детям с ОВЗ и их родителям, и показать важность интегрального подхода, демонстрируемого постмодернистскими и

гуманистическими школами психотерапии, в частности, позитивной и транскультуральной психотерапией Н. Пезешкиана.

2. На основе имеющихся теоретических и научно-практических материалов разработать модель психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ, основанной на принципах позитивной и транскультуральной психотерапии.

3. Реализовать данную программу, сочетая групповую и индивидуальную работу, в группе родителей детей с ОВЗ, направленную на коррекцию их уровня родительского выгорания, качества жизни и развитие первичных (эмоциональных) актуальных способностей.

4. Провести анализ эффективности указанной программы в условиях организаций, занимающихся психологической помощью детям с ОВЗ и их родителям.

5. Сформулировать выводы о проделанной работе.

Теоретической и методологической основой исследования явились психологические, философские и психотерапевтические взгляды на психологическую помощь социально отвергаемым группам и феномен стигматизации:

- теория личности, патогенеза и саногенеза позитивной и транскультуральной психотерапии Носсрата Пезешкиана;
- теория эффективности групповой психотерапии Ирвина Ялома;
- концепция преодоления социальной изоляции постмодерной постструктуралистской философии Мишеля Фуко и нарративной практики Майкла Уайта.

В работе с целью проверки гипотезы и решения поставленных задач был использован комплекс следующих **методов**:

1. Организационные методы:

- комплексный (в исследовании принимала участие команда специалистов: ведущих психологических групп, психологи-консультанты);
- лонгитюдный (систематическое изучение различных показателей деятельности одних и тех же учеников в течение определенного времени).

2. Эмпирические методы:

- наблюдение за родителями, воспитывающими детей с ОВЗ в процессе прохождения программы психологического сопровождения;
- психодиагностический (работа с родителями: проведение тестов, бесед, заполнение анкет и опросников). В качестве средств мониторинга эффективности психологического сопровождения нами были выбраны три методики: опросник «Родительское выгорание» И. Н. Ефимовой, опросник «Самочувствие. Активность. Настроение» Первого Московского Медицинского Института им. И. М. Сеченова и Висбаденский опросник к методу позитивная психотерапия Н. Пезешкиана и Х. Дайденабаха;
- методы позитивной и транскультуральной психотерапии: полуструктурированная групповая психотерапия в закрытой группе и индивидуальное консультирование по пятиступенчатой стратегии помощи.

3. Качественный анализ обработки данных и методы математической статистики – t-критерий Стьюдента.

Экспериментальными базами исследования явились Амурский центр позитивной и транскультуральной психотерапии, ГБУЗ АО «Центр реабилитации «Надежда»» и Амурская областная общественная организация «Мир без границ».

В нашем исследовании приняли участие родители детей с ОВЗ в г. Благовещенске, количество участников – 60, из них 30 – экспериментальная группа, 30 – контрольная. Возраст участников от 25 до 48

лет. Средний возраст участников – 36 лет. 37 из 60 родителей воспитывают детей в полных семьях. Нозологические формы ОВЗ у детей, воспитываемых в этих семьях: расстройства аутистического спектра и умственная отсталость. Возраст детей от 7 до 14 лет.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования проблемы состоит в том, что:

- в процессе теоретического анализа психологической и философской литературы были рассмотрены и соотнесены различные подходы к помощи лицам с ОВЗ и их родителям;
- осуществлена эмпирическая работа по разработке и апробации стратегии психологического сопровождения для родителей, воспитывающих детей с ОВЗ на основе принципов и подходов позитивной и транскультуральной психотерапии;
- проведено исследование эффективности вышеуказанной стратегии помощи для коррекции родительского выгорания родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, повышения их качества жизни и развития первичных актуальных способностей.

Практическая значимость исследования:

- программы психологического сопровождения для родителей детей с ОВЗ, разработанные в рамках данного исследования, будут полезны для психологов, работающих в системе реабилитации лиц с ОВЗ, и практиков помогающих профессий, работающих с преодолением феномена стигматизации;
- исследование дает фактический и методический материал, позволяющий психологам подобрать формат комбинированной групповой и индивидуальной работы для сопровождения родителей детей с ОВЗ и преодоления их личностных трудностей;
- результаты исследования могут быть использованы в обучении консультантов и психотерапевтов методу позитивной психотерапии

Всемирной ассоциацией позитивной и транскультуральной психотерапии.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивается комплексным подходом к изучению теоретической базы исследования, использованием психологических методов, отвечающих целям и задачам исследования, проведением констатирующего и формирующего этапов исследования, реализацией материалов исследования в процессе психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в постановке цели и задач исследования, осуществлении диагностических мероприятий, разработке и реализации программ психологического сопровождения, а также групповых полуструктурированных занятий с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, и половины индивидуальных консультаций в Амурском центре позитивной и транскультуральной психотерапии, ГБУЗ АО «Центре реабилитации «Надежда»» и Амурской областной общественной организации «Мир без границ».

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования в ходе практической деятельности с родителями детей с ОВЗ в Амурском центре позитивной и транскультуральной психотерапии, ГБУЗ АО «Центре реабилитации «Надежда»» и Амурской областной общественной организации «Мир без границ», а также в процессе обучающей работы автора на курсе по детской позитивной психотерапии в г. Благовещенск, г. Хабаровск, г. Москва и г. Петропавловск-Камчатский.

На защиту выносятся следующие положения.

1. Для достижения целей дестигматизации и интеграции лиц с ОВЗ в активную социальную жизнь, необходимо осуществлять психологическую помощь не только им, но и членам их семей, в частности, родителям.

2. Позитивная и транскультуральная психотерапия, как модальность, возникшая в поле гуманистической психологии и постмодерной философии, может быть одной из эффективных методологических основ помощи родителям и становится источником для формирования программ психологического сопровождения – индивидуального и группового.

3. Групповой формат, предлагаемый позитивной психотерапией, а именно полуструктурированные терапевтические группы, служит хорошим способом продолжительного психологического сопровождения, сочетая целенаправленность и свободный стиль общения. Он оставляет пространство для гибкости и уважения к личности родителя, не включает корреляционную философию в способ работы.

4. Психологическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, позволяет быть средой для профилактики и терапии родительского эмоционального выгорания, а также вести к повышению психологического компонента качества жизни и развития эмоциональных способностей, становящихся фундаментом личностной устойчивости.

Структура магистерской диссертации: работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 7 таблиц, список используемой литературы. Текст работы изложен на 82 страницах.

Глава 1 Теоретическая характеристика системы помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям, анализ возможного места в ней позитивной и транскультуральной психотерапии

1.1 Современное состояние понятия «ограниченные возможности здоровья»: социально-психологический и культурно-философский анализ

В современной России мы можем отметить развитие социальных практик, направленных на лиц с ограниченными возможностями здоровья, как взрослых, так и детей. Это важный процесс, в котором многочисленная группа людей может надеяться на интеграцию с остальной частью общества после многолетней социальной и психологической изоляции. Между тем, длительный период нахождения вне поля зрения, исключенности из активной жизни, сформировал большое количество проблем в общественном сознании, нуждающихся в преодолении. Попробуем сформулировать эти проблемы для лиц с ограниченными возможностями здоровья в целом и семей, имеющих детей с ОВЗ, в частности.

Термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья» – сравнительно молодой в отечественной юридической практике. Он приходит на смену понятию «инвалид» лишь в 2007 году в Федеральном законе от 30.06.2007 № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья». Хотя общая тенденция гуманизации правового аппарата начинается с 1992 года. Эти правовые перемены призваны обратить внимание на двойственный характер проблемы – медицинский и социальный. Упустить из внимания один из них означает недооценить глубину и смысл проблемы.

С медицинской точки зрения оба понятия – как инвалидность, так и ограниченные возможности здоровья, слишком широки и объединяют необъединимое, включают в себя заболевания и состояния из разных сфер медицины и разделов классификации болезней. Они означают стойкую утрату или снижение способностей к труду, обучению, общению и социальной адаптации, то есть описывают последствия, а не сущность заболеваний и состояний [1]. Это означает их применимость в экспертной деятельности, но бесполезной в клинической. Они описывают рамки проблемы, но не говорят о том, как выбраться за их пределы.

С социальной точки зрения оба термина и «инвалидность», и «лицо с ограниченными возможностями здоровья» предполагают особую защиту, развитие социальных практик, направленных на интеграцию в общественную жизнь, компенсацию проблем со здоровьем. Но взгляд на людей с ограниченными возможностями здоровья как на потребителей социальных услуг тоже достаточно узок. Кроме того, он создает пренебрежительное отношение к человеку с ОВЗ и его родственникам, как к тем, кто является экономическим грузом для остального населения. Это порождает экономическую стигматизацию. Традиционно социальные проблемы детей в отечественной литературе сближаются с поведенческими проблемами, поэтому в фокусе работы неизбежно появляются мотивы коррекции, каким бы гуманистическим вначале не казался подход [19]. Коррекция, в данном случае, означает выявление социальных и поведенческих отклонений и приведение их к норме, чтобы способствовать адаптации инвалида в мир большинства. Сама постановка проблемы создает акцент на «ненормальности». Вместе с осознанием непреодолимости многих ограничений здоровья, коррекционный подход вместо благо становится практикой стигматизации. Например, ребенок с аутизмом бесконечно исправляется, чтобы стать похожим на нормотипичного ребенка, хотя никогда не станет им. Коррекция приобретает характер насилия.

Следовательно, и медицинский, и социальный подход содержат в себе стигматизирующие элементы. Преодолеть это можно только через трансформацию методологии, обновление концепции человека. Принципиально новые подходы к нормативности стали формироваться в середине XX века. Они привели как к переменам в Международной классификации болезней, так и к изменению социальных практик.

Общемировая тенденция дестигматизации – освобождения от ярлыков различных категорий лиц – преследует иные цели, не только социальные и медицинские, она предполагает перемену самой методологии помощи, которую следует искать в переходе от понятий философии модерна к понятиям постмодерна, от структурализма – к постструктурализму [18].

Классический подход к нормативности, родовому понятию человека сложился в Новое время, наиболее ярким его выражением стала немецкая классическая философия, особенно работы И. Канта, Г. В. Ф. Гегеля и Л. Фейербаха. Пересмотр начался еще в XIX веке с зарождения иррационалистической философии в лице, в первую очередь, А. Шопенгауэра, С. Кьеркегора и Ф. Ницше [40].

Что привнесли в понимание человека рационалисты и иррационалисты? Классическая рационалистическая философия явилась воплощением взгляда эпохи Нового Времени (модерна). Это время становления «массового человека», как назовет его Юнг. Массовость можно рассматривать не только в психологическом, но и более широком смысле. Средний рост, средний уровень интеллекта, средний доход и т.д. – все эти понятия рождаются именно тогда. Идеал человека – человек достигающий, выходящий за свои пределы, успешный. Тот, кто не попадает в норму или идеал – неполноценен. В медицинской плоскости появляется практика изоляции аномальных людей, как показал Мишель Фуко в книгах «Рождение клиники» и «Рождение безумия в классическую эпоху» [39]. Гуманизация психиатрии во Франции благодаря Филиппу Пинелю, который снял цепи с душевнобольных, не привела на практике к расширению прав пациентов.

Она дала толчок медицинской модели, развитию психиатрии, как диагностике, так и лечению, но не реабилитации. Кроме того, долгое время будет свойственно отождествление душевной болезни, телесного недуга и нравственной болезни. И в настоящее время психиатрический диагноз звучит как ругательство.

Иррационализм призвал поставить в центр рефлексии само бытие человека, его субъективность, а не общие идеи о том, каким человеку должно быть. Кьеркегор говорил об этом, как о попытке усложнить вопрос о человеке, а не упрощать его [44]. Шопенгауэр активно усомнился в стереотипе успеха, предлагая критическую и пессимистическую картину современному ему обществу. Ницше показал стереотипность норм общества, усомнился в необходимости раскрытия человеческого потенциала в русле общепринятого понятия о прогрессе. Будучи сам человеком, которого сегодня можно было бы отнести к лицам с ограниченными возможностями, немецкий философ предлагает пересмотреть само понятие человечности, бросить вызов привычному порядку вещей, чтобы закрепить за каждым право на свободу, нетипичность, неконгруэнтность обществу.

Таким образом, почву для парадигмы дестигматизации следует искать в философии, которая позволила сложиться психотерапии не только как клинической, но и социальной практике.

Первые психотерапевтические системы формировались еще пока под влиянием философии модерна. Их примерами могут служить как классический психоанализ, так и бихевиоризм, пусть даже они и не похожи друг на друга. Точкой приложения этих систем помощи является сам человек. Он трактуется как носитель проблемы, именно он нуждается в исцелении. Во второй половине XX века складываются гуманистические и постмодернистские школы психотерапии, которые видят причину проблем во взаимодействии человека и среды. Они начинают уделять пристальное внимание преобразованию социальных порядков, расширению их границ для включения разных групп лиц в активную жизнь. Они отказываются от

суждения о нормальности и начинают ставить во главу угла принятие [27]. В этот момент, собственно, в фокусе психотерапии и практической психологии лица с ОВЗ оказываются не только как объекты коррекции, но как субъекты социальных отношений и люди, живущие в определенном контексте, который может помогать, а может мешать их адаптации и интеграции.

Этот философский и методологический экскурс позволяет понять, каким образом оказался возможным вопрос интеграции и инклюзии лиц с ОВЗ в общество, а также как сформировалось понимание необходимости не только лечения и реабилитации инвалидов, но и психологической помощи их семьям. Для понимания системности задач потребовалось большое количество времени, честно говоря, и сегодня продолжается процесс трансформации взглядов на болезни, приводящие к ограниченным возможностям здоровья. От медицинской модели лечения происходит постепенный переход к модели повышения качества жизни, который расширяет возможности для использования психологических методов в системе помощи.

1.2 Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья: становление понятия и теоретическое обоснование ее необходимости

Р. А. Лурия создал в первой половине XX века концепцию внутренней картины болезни. В своей работе «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания» он пишет: «Внутренней же картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических

переживаний и травм» [16]. Тем самым в отечественной медицине оказался поддержан процесс, сформировавшийся еще в эпоху нервизма С. П. Боткиным. Психологические вопросы помощи больным актуализируются. Постепенно популярность набрали биологические модели, затмив холистический подход классической отечественной медицины внутренних болезней. Потребовалось много времени, чтобы медицинская психология и психотерапия вернула его в поле зрения, во многом благодаря деятельности Б. Д. Карвасарского [12]. Другой представитель Ленинградской школы – М. М. Кабанов ввел понятие социально ориентированной психиатрической службы в работе «Реабилитация психически больных», в которой семьи душевнобольных были включены в перечень лиц, нуждающихся в реабилитации [10].

Таким образом, когда мы говорим о детях с ОВЗ и эффективных способах их реабилитации, мы не можем отделить ее от работы с семейной системой, в которой родился и живет ребенок [1].

Наличие у ребенка ограниченных возможностей здоровья влияет на всю семейную систему. Столкновение семьи с диагнозом переживается приблизительно по тем же законам, которые описала Элизабет Кюблер-Росс, характеризуя утрату. Какую утрату переживают родители? Крушение ожиданий от будущего ребенка, изменение образа жизни, столкновение с социальной средой, стигматизирующей ребенка и его родителей, прививающей чувства вины и стыда. Второй моделью, которая может адекватно описывать специфику переживаний родителей, является описание стадий горя Ф. Е. Василюком [4].

Стадии принятия утраты описаны Э. Кюблер-Росс в книге «О смерти и умирании» [15]. Модифицировать их интерпретацию для модели принятия заболевания ребенка можно следующим образом.

Первый этап – «Отрицание и изоляция» (Denial and isolation). Возникающий на первых этапах шок, по мнению Кюблер-Росс, выступает некой формой защиты, он смягчает неожиданное потрясение и позволяет

собраться с мыслями, а позже пользоваться другими, менее радикальными формами защиты. После шока наступает стадия отрицания, которая позже трансформируется в стадию частичного отрицания. Родители на этом этапе отказываются принимать диагноз ребенка, интерпретируют имеющиеся симптомы как случайные наблюдения, достаточно часто уходят в изоляцию, чтобы не встречаться с вниманием врачей и окружающих людей к состоянию ребенка. Частой формой отрицания так же является или проведение большого количества диагностических мероприятий, посещение разных специалистов, чтобы услышать мнение, подтверждающее отрицание родителей; не реже встречается и страх перед диагностическими процедурами, т.к. каждая несет в себе риск подтверждения диагноза.

Второй этап – «Гнев» (Anger). Центральный вопрос этой стадии: «Почему именно я?». Возмущение выплескивается на окружающих, циркулирует внутри семьи, может быть направлено на больного ребенка. Типичны поиски виноватого или внешнего причинного фактора, против которого выстраивается борьба. Наиболее типичными мишенями становятся сама болезнь или общество, оказывающее давление на ребенка и семью. Гнев, обращенный на себя, рождает родительский стыд и вину, которые, выливаясь в чувство беспомощности, могут приводить к отказу от любых попыток лечения и реабилитации.

Третий этап – «Торговля» (Bargaining). Этот представляет собой попытки «договориться» с болезнью. В реальности он выражается в попытках поисков альтернативных способов помощи, способах пересмотреть диагноз, мысленных экспериментах. Способы торга зависят от мировоззрения родителя.

Четвертый этап – «Депрессия» (Depression). Он связан с возникновением контакта с чувством горя и утраты, началом его проживания. Уровень субъективных переживаний высок, родитель сталкивается с тяжелыми чувствами, но этот эффект связан с отказом от

механизмов избегания. При возможности разделить эти переживания, пройти через них, открывается шанс для принятия ситуации.

Пятый этап – «Принятие» (Acceptance). Он означает внутренний отказ от борьбы с болезнью и поиск возможных вариантов наилучшего качества жизни, пусть и в ограниченных условиях.

Само состояние ребенка становится травмирующим переживанием для родителей. Однако не меньшие трудности, а порой и большие, создает окружающая семья среда.

Двойная травматизация, связанная с переживанием состояния ребенка и с социальным давлением, которая не может быть преодолена через активное действие порождает специфические реакции семьи. Порой это отрицание проблемы, порой, наоборот, активное желание с ней справиться, преодолеть, а нередко и немалая активность, направленная на социум – защититься от него самим и защитить своих детей. Какой бы ни была реакция, она уводит родителя от встречи с самим собой, своим горем, печалью, мировоззрением, а, следовательно, такого рода переключение или бегство закрывает возможность пережить горе, реструктурировать жизнь и продолжить ее с минимальной потерей качества и осмысленности.

Следующим феноменом, требующим помощи, является родительское выгорание [9].

Большинство публикаций по теме эмоционального выгорания имеет отношение к профессиональной сфере – феномен исследуют в основном применительно к руководителям и представителям «помогающих профессий» – педагогам, психологам, медикам, юристам. Основными психодиагностическими средствами при этом являются опросник «Профессиональное выгорание», представляющий собой модификацию опросника МВІ, разработанного на основе трехкомпонентной модели Маслач и Джексон [47]. Также популярным среди российских исследователей остается опросник «Эмоциональное выгорание» В. В. Бойко, в котором воплощено представление автора о выгорании как о процессе, включающем в

себя в соответствии с фазами стресса три стадии. Впервые на факты возможности выгорания в непрофессиональной сфере указали А. Pines и Е. Aronson в 1988 г. Можно предположить, что эмоциональное выгорание имеет место и у родителей, так как выполнение родительских функций во многом сходно с трудовой деятельностью, хотя и имеет в своей основе другие мотивационные механизмы. Более того, это предположение очевидно, однако, родительские усилия привычно обесцениваются в нашей культуре. Факт наличия выгорания в родительской сфере указывается некоторыми российскими специалистами (Л. А. Базалева, Н. Н. Королева, Е. В. Лесовая, Ю. В. Попов). Л. А. Базалева, описывая материнское выгорание, рассматривает исполнение матерью родительских функций как специфическую форму трудовой деятельности. Однако в отличие от привязанности, формирующейся между матерью и ребенком, которая рассматривается в глубинной психологии, родительские функции не являются исключительно прерогативой матери. Участие в воспитании ребенка принимают все члены семьи, поэтому необходимо исследовать родительскую сферу вне зависимости от пола и степени родства взрослого, выполняющего родительские функции. В связи с этим мы рассматриваем феномен выгорания шире, чем Л. А. Базалева, объединяя психологическое выгорание матери и отца термином «родительское выгорание» (РВ). Синдром родительского выгорания – это многомерный конструкт, включающий в себя набор негативных психологических переживаний и дезадаптивного поведения матери и отца, связанных с детско-родительским взаимодействием при выполнении родителями деятельности по заботе о детях, их воспитанию и развитию. Особо следует отметить, что у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья исследователи (И. Е. Екжанова, Ю. В. Попов, А. И. Ташева, В. В. Ткачева, Е. В. Хорошева) выявляют комплекс личностных особенностей, соответствующий симптоматике эмоционального выгорания.

Выделены следующие специфические характеристики симптомов родительского выгорания.

1. Эмоциональное истощение – проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения, утрате интереса к собственным детям и к окружающему в целом, в равнодушии или эмоциональном перенасыщении, в чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Дети, их проблемы, потребности, радости, перестают волновать мать или отца; родитель не может заботиться о детях, общаться с ними с полной самоотдачей. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, проявляются симптомы депрессии, вспышки гнева, в особо тяжелых проявлениях возможны эмоциональные срывы. Малейшие проступки детей могут вызывать неадекватно сильные эмоциональные реакции со стороны родителей, живой интерес, радость, эмпатия сменяются чувствами вины, апатии, раздражения, усталости.

2. Деперсонализация – дегуманизация (обесценивание) – представляет собой тенденцию развивать негативное бездушное, циничное отношение к детям, к их чувствам и переживаниям. Контакты у родителя с детьми становятся обезличенными и формальными: возникает снижение эмпатии, потеря отзывчивости, соучастия. Забота о детях начинает носить формальный характер – одеть, накормить, отвести в детский сад и прочее.

Проявляется нежелание играть, общаться, вместе проводить выходные, усиливается потребность побыть в одиночестве, без детей.

Усиление роли «женщины на кухне», погруженной в приготовление пищи и мытье посуды, или отца-добытчика вместо живого совместного общения – одно из проявлений родительской деперсонализации. У родителей может возникать желание скорее уходить на работу и как можно больше времени проводить вне дома, т.е. профессиональная деятельность может служить компенсацией родительского выгорания, подобно тому, как при профессиональном выгорании человек может компенсироваться хобби или общением с друзьями вне работы. При деперсонализации у родителей могут

возникать негативные и не всегда объективные установки по отношению к собственным детям, они могут проявляться во внутреннем сдерживаемом раздражении, которое со временем вырывается наружу в виде вспышек раздражения или конфликтных ситуаций.

3. Редукция родительских достижений – уменьшение или упрощение действий, связанных с заботой о детях. Проявляется как снижение чувства компетентности в выполнении своей родительской роли («я плохая мать», «я недостаточно стараюсь»), недовольство собой (и детьми как «результатами» родительской успешности, уменьшение ценности своей деятельности («домохозяйка – это смешно, никто не ценит заботу о детях»), негативное самовосприятие выполнения своих родительских обязанностей. Вслед за Н. Е. Водопьяновой [14], отметим нередкое чувство вины у родителей, снижение самооценки, появление чувства собственной несостоятельности, безразличие к домашней работе и детям, снижение значимости достигнутых результатов (например, обесценивание хорошего здоровья ребенка, его достижений в школе и прочее).

Описанные выше проблемные обстоятельства требуют создания системы помощи детям с ОВЗ и семьям, в которых они воспитываются.

Проанализируем типичные подходы в реализации психологического сопровождения семей, имеющих детей с ОВЗ.

Согласно им специфика психологической поддержки семей с детьми-инвалидами определяется стадией переживания семьей случившегося:

- осознание ситуации и ее анализ,
- актуализация прежнего опыта,
- дискредитация этого прошлого опыта и/или отказ от него,
- создание нового знания и его реализация [18].

При этом стадия переживания случившегося определяется, исходя из модели, предложенной Элизабет Кюблер-Росс для восприятия утраты. Выделяется несколько направлений психологической работы с родителями, воспитывающими ребенка с ОВЗ: информирование (медицинский,

педагогический, социальный, психологический, юридический блоки), индивидуальное консультирование, семейное консультирование, индивидуальные занятия с ребенком в присутствии матери, организация работы родительских и детско-родительских групп. Другие подходы в традиционной модели похожи на описанный. Так, В. В. Ткачева выделила педагогическое и психокоррекционное направления [36].

Итак, традиционный (модерный) подход предполагает фокусировку на ребенке, чтобы через систему коррекции и реадaptации, сделать его более подходящим для системы общественных отношений. Постмодерный подход предлагает пойти иным путем [32]. Ребенок и его состояние часто не может быть изменено, следовательно, изменить ребенка сложнее, чем изменить общество. Коррекция – это важные меры, но они не могут решить проблему. В том месте, в котором медицинские, педагогические и иные воздействия могут расширить пределы адаптации они применимы. Однако без ответного движения внешней социальной среды, которая более пластична, чем отдельно взятый ребенок с ОВЗ, нет шансов для его интеграции. Социум часто не хочет меняться, поэтому были и остаются популярными идеи изоляции аномальных и нетипичных людей. Однако это этически сомнительно. Необходима методология, способная включить в себя обе стороны – социум и ребенка, а также направленная и на внешнюю (объективную), и на внутреннюю (субъективную) стороны их отношений. Таким подходом, например, является позитивная психотерапия.

1.3 Позитивная и транскультуральная психотерапия – общая характеристика метода и ее взгляд на родительство

Позитивная и транскультуральная психотерапия – один из известных методов современной научной психотерапии, признанный Всемирным Советом Психотерапии (WCP, www.worldpsyche.org) и Европейской Ассоциацией Психотерапии (EAP, www.europsyche.org) [25].

Основанная Носсратом Пезешкианом с 1968 года в Германии позитивная и транскультуральная психотерапия имеет психодинамические корни и первоначально называлась дифференциальным анализом [20].

Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина «positive psychotherapy» от латинского слова «positum» – «имеющее место, целое, фактическое, реально существующее, данное», а не от «positivus» – «положительное, хорошее», подчеркивая тем самым необходимость проработки как позитивных, так и негативных аспектов проблемы в жизни клиента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов позитивной и транскультуральной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Н. Пезешкиан определяет этот метод как «психодинамический, глубинно-психологически ориентированный метод психотерапии с гуманистической и транскультуральной точкой зрения на человека и новыми техниками в русле клиентцентрированной и ориентированной на ресурсы краткосрочной психотерапии» [48]. Позитивная и транскультуральная психотерапия основана на транскультуральных исследованиях более 20 культур и является новым методом и подходом к человеку, который преследует в основном следующие цели:

- лечение (психотерапевтический аспект);
- воспитание и профилактику (педагогический аспект);
- развитие межкультурального сознания (транскультурально-социальный аспект);
- взаимодействие и интеграцию различных психотерапевтических направлений (междисциплинарный аспект).

Безусловными достоинствами метода являются доступность для всех социальных и возрастных групп, простота языка, системный семейный подход. Учебники и монографии по позитивной психотерапии были переведены на 26 языков, в том числе и на русский язык. В России метод

является официально признанным и рекомендованным к применению Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лигой [24].

Исследование качества и эффективности позитивной психотерапии, проведенное Висбаденской Академией Психотерапии под руководством доктора медицинских наук Носсрата Пезешкиана, в 1997 году было удостоено главной медицинской премии в области гарантии качества в Германии (премия Ричард-Мартен-Прайс). Таким образом, позитивная психотерапия стала одним из немногих психотерапевтических методов, получивших научное подтверждение ее эффективности.

Всемирная Ассоциация Позитивной и Транскультуральной Психотерапии (WAPP) координирует работу Центров, Институтов и Ассоциаций Позитивной психотерапии, представляющим, развивающим и адаптирующим данный метод в более чем двадцати странах мира (www.positum.org). Ассоциация уделяет большое внимание качеству образования специалистов во всем мире в соответствии с регуляциями Всемирного Совета по Психотерапии (Вена, Австрия). Обучающие программы по позитивной психотерапии проводят сертифицированные международные тренеры Международной Академии Позитивной и Транскультуральной Психотерапии (IAPP).

В какой бы роли мы не взаимодействовали с ребенком – роли родителя, врача, психолога, педагога, воспитателя – способы внешнего взаимодействия зависят от внутренних взглядов на человека, наших представлений о том, что им движет, и какие факторы влияют на его развитие.

Часть существующих теорий определяет развитие человека биогенетическими факторами. Другие отводят ведущую роль среде и культуральным факторам. Большинство имеющихся концепций рассматривают сочетания перечисленных факторов и степень их влияния на развитие человека.

Еще одна категория концепций о развитии человека относится к так называемым теориям саморазвития. Они описывают человека не просто как

слепок среды и биологии, но и пытаются изучить внутренние движущие силы, влияющие на его развитие. Все теории по-своему определяют основные детерминанты психического развития.

Используя три метафоры, можно проиллюстрировать как по-разному понимается место и значение культуры и среды в развитии личности. Конечно, говоря о средовых факторах, мы не просто не исключаем биогенетические данности, но и подразумеваем их сложное динамическое взаимодействие с культурой в широком и узком смысле. Две из этих метафор – «человек как чистый лист» и «человек как пустой сосуд» – передают идею о том, что человек никаких способностей и внутренних устремлений изначально не имеет, а среда и воспитание наполняют его, и это и есть его внутреннее содержание. Представление о человеке как о пустом сосуде звучит несколько оптимистичней, ведь в нем заложена идея о возможности личности меняться (опустошить и наполнить сосуд заново, перелить его содержимое, дополнить необходимым). Третий взгляд на человека – это метафора о руднике, полном драгоценностей. Человек имеет от рождения все ресурсы и способности (драгоценности) для того, чтобы жить в согласии с собой и миром, справляться с жизненными трудностями. Порой способности не видны сразу (скрыты в руднике), но вне зависимости от этого они точно существуют. Реализация потенциала зависит от влияния разных факторов. Концепция позитивной и транскультуральной психотерапии основывается на следующей точке зрения: каждый человек без исключения независимо от пола, возраста, национальности, уровня развития, классовой принадлежности, обладает двумя базовыми способностями: способностью к познанию и способностью к любви [21]. «Способности к любви и познанию (когнитивность и эмоциональность) ... мы понимаем, как присущую каждому от рождения предрасположенность, требующую актуализации и дифференциации. Все другие способности могут быть развиты из этих базовых способностей или рассматриваются как проявления их различных комбинаций. Обе базовые способности находятся в функциональной

взаимосвязи: соответствующее развитие одной из них поддерживает или облегчает развитие другой» [22].

1. Способность познавать (когнитивность, рациональность) и быть познанным, способность и потребность учиться и учить (Н. Пезешкиан). Каждый человек пытается познать причинную связь явлений действительности. Способность учиться, любознательность, желание познать устройство вещей и мира вокруг можно наблюдать у ребенка с первых дней жизни. Стремление интересоваться окружающим миром может быть заметно в его желании наблюдать, рассматривать, трогать, сравнивать ощущения (слуховые, зрительные, вкусовые, тактильные). Позже эта способность может быть заметна в желании открыть, раскрыть, открутить, разобрать. Потом в многочисленных вопросах (А почему? А как? А зачем?): почему светит солнце, почему летит самолет и т.п. На протяжении всей жизни мы задаемся вопросами, помогающими нам узнать, как устроен мир, кто мы, зачем живем. Потребность искать ответы на подобные вопросы развивается на основе базовой способности к познанию и направляет нашу деятельность на получение нового знания.

2. Способность любить (эмоциональность, эмоциональная сфера) – «Эмоциональность, способность любить и быть любимым. Способность активно устанавливать эмоциональные отношения (любить) и способность эмоциональные отношения принимать и поддерживать (быть любимым)» [48].

С самых первых дней отношения эмоциональной привязанности являются не просто условием нашего развития, но и даже выживания. Однако и на протяжении всей дальнейшей жизни мы движимы потребностью строить отношения привязанности с разными частями сложного мира вокруг нас, и это далеко не всегда отношения только с людьми (ценности, сообщество, страна, планета и т.п.). Базовые способности являются врожденными задатками. Они возникают до любого культурного

воздействия. Дальнейшая их реализация будет происходить под влиянием трех факторов дифференциации: тело, культура, время [48].

К фактору «Тело» относятся процессы обмена веществ, наследственность, физическое развитие, половая принадлежность, функции органов тела, функциональная способность к восприятию с помощью органов чувств, телесные потребности, биологические процессы, без которых невозможна сама жизнь. Способ удовлетворения этих телесных потребностей или способствует развитию отдельных актуальных способностей или блокирует его.

К фактору «Окружающая среда» относятся факторы социализации, близкие родственники, родители, братья и сестры, остальные родственники, общественные институты социализации (детский сад, школа и т.п.). Это также и социальный окружающий мир в широком смысле – культура, с которой человек взаимодействует в процессе развития.

Говоря о факторе «Времени», мы имеем в виду, что на развитие человека влияет то, в какой исторический момент он родился и развивался, какие задачи и развитие каких способностей требует исторический момент времени, эпоха. Например, родились ли мы в момент мира или войны, устойчива ли была экономическая ситуация, как выглядело развитие научно-технического прогресса и другие аспекты времени, в которые мы родились (моно- и транскультуральный мир, состояние экологии, социально-политические особенности времени и др.).

По принципу зерна, прорастающего в почве под влиянием должного ухода или неблагоприятных факторов среды, эти базовые способности дифференцируются и реализуются в неповторимый набор индивидуальных особенностей и черт личности (актуальные способности). «По разным причинам, будь то физические нарушения или окружающие условия, многие люди не в состоянии в полной мере получить доступ к своим базовым способностям. Проявятся они или нет и в какой мере будет зависеть от поддерживающих или тормозящих факторов его тела, окружения и времени,

в котором он живет. Гипотеза о базовых способностях не означает ничего, помимо того, что человек добр и хорош по своей сути» [21].

Позитивная психотерапия основана на следующих принципах [23].

1. Принцип надежды.

«Взирайте на человека, как на прииск, полный драгоценных камней».

Наши представления о природе человека определяют наши способы взаимодействия с ним. Психолог, который смотрит на ребенка как на чистый лист или полый сосуд, будет видеть своей задачей вложить в клиента готовые знания и технологии. Психолог же, который смотрит на человека как на активную и творческую личность, наделенную способностями и ресурсами, имеющую стремление к познанию, будет понимать свою задачу по-другому – помочь развить его внутренний потенциал.

2. Принцип уникальности личности.

«Для каждого клиента должна изобретаться новая психотерапия».

Как психодинамический и гуманистический метод, позитивная психотерапия не видит возможности стандартизации психологической помощи. Оставаясь в поле основополагающих принципов и диагностических моделей, мы свободны в своей способности откликаться на актуальную ситуацию клиента. Недирективность работы стимулирует возможность клиента к активации собственных ресурсов.

3. Принцип транскультуральной чувствительности.

«Единство в многообразии». Мы живем в транскультуральном мире, где взаимодействие между представителями разных культур становится обычным. В таком мире мы больше замечаем существование глобальных проблем и задач, важных и общих для всех нас. И связи с этим становится очевидным, что мы больше нуждаемся в сотрудничестве и объединении, чем в конкуренции и соревновании.

Транскультуральный подход предполагает поиск ответов на два основных вопроса: «Что во всех людях общего?» и «Чем мы все отличаемся?». Каждый ребенок является носителем уникальной культуры: у

него есть своя история физического и психического развития, история его семейных и национальных ценностей и традиций, его индивидуальный опыт и т.п. На примере идеи об инклюзивном образовании можно увидеть, что одинаково важны оба вопроса: «Чем все дети похожи?» и «Чем они отличаются?».

4. Принцип самопомощи.

«Если ты дашь человеку рыбу, то он будет сыт один день, если ты научишь человека ловить рыбу, он будет сыт всегда». Самопомощь в позитивной психотерапии означает возможность перенести способ ее мышления и отношения к жизни в повседневность. Она достигается как рациональными, так и эмоциональными средствами. Рациональные связаны с передачей знаний, а эмоциональные – с переносом опыта психотерапии в собственную жизнь, особенно примера отношений с психотерапевтом.

5. Принцип консультирования.

«Если у одного человека есть яблоко, и у другого человека есть яблоко, то обменявшись ими, у каждого по-прежнему будет одно яблоко, а если у одного человека есть идея, и у другого человека есть идея, то обменявшись ими, у каждого будет по две идеи». Принцип консультирования в позитивной и транскультуральной психотерапии подразумевает идею взаимодействия против идеи воздействия. Он предлагает раскрывать внутренний мир через вопросы в диалоге, развивая доверие в естественном темпе. Кроме этого, в позитивной психотерапии существует разработанная на основе закономерностей динамики коммуникативных потребностей пятиступенчатая стратегия консультирования.

6. Принцип баланса (умеренности).

«Во всем хороша умеренность». В позитивной психотерапии заложено достаточно много диалектических идей, от баланса между базовыми способностями до баланса между сферами жизни и актуальными способностями. Она также придерживается идеи, что дисфункциональны

именно крайности, а сама дисфункция не имеет самостоятельной абсолютной сущности кроме относительной.

7. Принцип направленности на развитие и будущее.

«Если вы хотите подготовить ребенка для будущего, любите его таким, какой он есть, но держите в голове то, каким он мог бы стать». Этот принцип предполагает восприятие человека в динамической перспективе. В отношении детей он означает преобладание педагогики формирования над педагогикой требования, в отношении взрослых – идею постепенности развития психологических способностей, межличностного транскультурального обмена и самовоспитания.

Совокупность усвоенных нами представлений о мире описывается в позитивной психотерапии при помощи такого конструкта как модель для подражания. Она представляет собой описание четырех кластеров опыта, полученных человеком в течение жизни и определяющих его ценности и стратегии отношений [7].

Я-концепция формируется на основании отношения значимых лиц к человеку. Применительно к нашей ситуации – изучению родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, к категории Я-концепции относятся представления о том, какие качества ценны для родителя, а какие неприемлемы (родитель должен быть справедливым, терпеливым, принимающим, строгим, требовательным, контролирующим и т.д.).

К категории Ты-концепции относятся представления о том, как родительство влияет на семейные отношения в паре. Как распределяются родительские роли между партнерами (например, мать важнее для ребенка, чем отец; ответственность за воспитание лежит на женщине и т.п.), как строится коммуникация, и какие способы взаимодействия в семье есть между родителями и детьми (например, все решения в семье принимают только родители; нельзя ссориться при детях; бабушки и дедушки должны участвовать в воспитании и т.д.), как меняется партнерство в связи с

появлением детей (например, если есть дети, то нельзя разводиться; появление детей делает семью крепче, улучшает отношения и т.д.).

К категории Мы-концепции относятся представления о том, как родительство меняет отношения с другими людьми и группами людей (например, родителя поймет только родитель; нет общих тем с друзьями без детей; родительство ограничивает профессиональные контакты; ты можешь быть принимаемым обществом, если у тебя есть дети; если ты родитель, ты должен отказаться от большей части собственных социальных связей; родитель может обращаться и принимать помощь других людей и т.д.).

К категории Пра-Мы-концепции относятся представления, связанные со смыслом и миссией родительства и жизни в целом (например, дети – смысл жизни; дети – продолжение рода; после смерти мы продолжаемся в детях; дети нужны для того, чтобы было, кому стакан воды в старости подать; ребенок нас выбирает, и наша задача помочь ему развить его ресурсы и т.п.).

Большая часть подобных концепций выбирается нами неосознанно на основе того, что присутствует в поле окружающих нас отношений. Ниже мы описали основные факторы, которые оказывают влияние на то, как формируется наше представление о родительстве.

Прежде всего это культура, в которой мы живем, с разными ее аспектами (социальным, экономическим, географическим и т.д.). В зависимости от того, в восточном или западном типе культуры мы выросли, мы будем иметь очень разные представления о ценности родительства и детства, разные семейные ценности, нам будет оказана разная экономическая и социальная поддержка (декретный отпуск, медицинское обслуживание, образование и т.д.). Так же большое значение имеет пример собственных родителей. Вспоминая детский опыт, мы можем решить, что мы никогда не будем поступать, как наши мама и папа, или, наоборот, будем следовать их примеру.

Следующий фактор – собственный опыт супружества. Мы, как партнеры, являемся носителями уникальной семейной культуры и привносим в наше партнерство собственные представления, традиции и ценности, в том числе и о родительстве. Опыт нашего партнера может оказать значительное влияние на эти наши представления.

Наш индивидуальный опыт, который далеко не всегда связан с родительством (путешествия, образование, новые знания о мире, общения с друзьями, коллегами и т.п.), также может влиять на наше представление о нем. Кроме того, наш личный опыт родительства может сильно изменить наши концепции.

Таким образом, содержание концепций основано на прошлом опыте, но возможна их коррекция за счет нового опыта отношений, в силу чего меняется и интерпретация той действительности, в которой живет человек [49].

Описанные нами концепции оказываются и плацдармами стигматизации, следовательно, именно они должны быть мишенями психологической работы. Наилучший способ работы с концепциями – создание альтернативной среды отношений, микросоциума, которой является групповая психотерапия.

1.4 Групповая психологическая работа: общая характеристика и подход позитивной психотерапии

Групповая психотерапия и проведение недирективной психологической работы в группе активное развитие получили в США после Второй мировой войны, а затем распространились по всему миру. Первый систематический труд по групповой работе принадлежит Карлу Роджерсу, который показал, что группа – это микромодель общества[28]. Классическое описание факторов эффективности групповой психотерапии принадлежит Ирину Ялому [45]. Их двенадцать.

1. Вселение надежды. Фактор надежды – основа любой психотерапии, как групповой, так и индивидуальной. Она открывает возможность для других общих факторов. Вера в психотерапию сама по себе дает терапевтический эффект. Классическим примером в медицине является эффект плацебо. Психотерапевт с первых ознакомительных встреч или предварительных консультаций должен стремиться сделать упор на эффективности групповой работы, поддерживать положительный настрой, устранять негативные предубеждения, объяснять терапевтические возможности группы. Важно вместе с группой отмечать положительную динамику её членов. Исследования общих факторов также показывают, огромное значение веры психотерапевта в себя и эффективность группы.

2. Универсальность переживаний. Многие пациенты считают, что их проблема уникальна, что больше никто не испытывает таких чувств, проблем, мыслей. Не зная о подобных переживаниях у других людей, они не пользуются возможностью довериться окружающим. В группе, особенно на первых стадиях развития, пациент чувствует облегчение, узнав, что у других есть сходные тревоги. Это способствует ослаблению чувства экстраординарности собственных проблем. Этот фактор действует и в индивидуальной психотерапии. При работе в терапевтической группе вскоре участники начинают ощущать свое сходство. Осознание принадлежности группы создаёт общее поле и возможность открыто делиться переживаниями.

3. Предоставление информации. Этот фактор основан на дидактическом изложении информации о психическом здоровье и нездоровье, а также на предложениях, руководстве, которые пациенту предлагают либо психотерапевт, либо другие члены группы.

4. Альтруизм. Этот механизм терапии основан на том, что человеку необходимо ощущать себя нужным и полезным. Пациенты в психотерапевтических группах в начале курса групповой психотерапии или социально-психологического тренинга считают, что им нечего предложить другим людям. Переживание возможности дать что-то другим людям, своей

важности для других служит основой для повышения самооценки, развития самопринятия. Оказывая друг другу помощь во время терапевтического процесса, участники, становятся источником поддержки друг для друга, разделяют переживания, способствуют осознанию. Порой слова участников гораздо легче принять, чем профессиональное мнение психотерапевта.

5. Воспроизведение семьи. Большинство членов терапевтической группы имели неудовлетворительный, травматический опыт, связанный с их самой первой социальной группой – семьей. В терапевтической (тренинговой) группе, как и в семье, присутствуют авторитетные фигуры, сиблинги, привязанность и соперничество. В сложившейся практике группы часто ведут мужчина и женщина с целью имитации родительских фигур. Через некоторое время члены группы воспроизводят отношения родительской семьи. Одни ведут себя зависимо, другие конкурируют, третьи пытаются посеять раздор между ведущими и др. В этом терапевтическом механизме очень важным является не только проявление, высвобождение ранних детских конфликтов, но и их корректирующий эффект. Жесткие, ригидные роли должны быть объектом постоянного внимания и исследования. Терапевт поощряет применение пациентами новых моделей поведения, а также завершение незаконченных в прошлом действий.

6. Развитие навыков социализации. Развитие основных социальных умений, или социальное научение, действует во всех группах. В зависимости от типа психотерапии варьируются преподаваемые навыки и сам процесс обучения. В некоторых группах пациенты разыгрывают роли, репетируя желательное поведение. В других группах социальное научение осуществляется путем обратной связи между членами группы. В группах приобретаются навыки внимательного отношения к другому, понимания нужд окружающих, умение оказывать поддержку и решать конфликтные ситуации, умение выражать свои чувства и понимание чувств других людей. Проработка проблем с одним из участников группы, в процессе которой

появляется возможность узнать, как сблизиться с другими в результате чего происходит совершенствование умения ладить с людьми, формирование большего доверия к группам и другим людям.

7. Имитационное поведение (идентификация). Имитация – эффективный терапевтический фактор. Стремление подражать в группе тому, кто адаптировался лучше, усвоение манер и стиля поведения другого члена группы, восхищение терапевтом и подражание ему. Подражая терапевту и другим членам группы, участники моделируют свое поведение. Терапевтический эффект иногда возникает при наблюдении за лечением другого пациента со сходными проблемами. Этот феномен называют терапией зрителя или заместительной терапией. На ранних стадиях функционирования группы этот феномен обычно играет более важную роль.

8. Интерперсональное (межличностное) влияние – усвоение человеком того, как его воспринимают люди.

9. Самопонимание. Две важные концепции, позволяющие глубже понять фактор межличностного научения – это концепции переноса и инсайта.

Перенос – это межличностное искажение восприятия в результате влияния ранее сформированного стереотипного действия на новые отношения.

Инсайт (озарение) – процесс открытия и понимания человеком чего-то важного о своем поведении, мотивации, бессознательном. В процессе групповой терапии участники обретают инсайт на четырех уровнях:

- о том, какое впечатление он производит на окружающих;
- понимание своего межличностного поведения. Понимание того, что симпатии и антипатии индивида к людям зависят не только от них самих, но и от собственных проблем, переживаний, связанных с другими людьми из прошлого. А также понимание того, что реакции на некоторых людей или ситуации являются нереалистичными, с чувствами, которые принадлежат более ранним периодам жизни;

– мотивационный инсайт – почему участник поступает таким образом. Открытие и принятие прежде неизвестных или не признаваемых сторон (качеств) своей личности;

– генетический инсайт – как участник пришел к такому состоянию. Понимание того, что переживания и способы поведения связаны с детством и развитием, т.е. то, что из себя сейчас представляет индивид, есть следствие происходящего с ним в раннем детстве.

10. Сплоченность группы. Принадлежность к группе и принятие группой. Продолжительные близкие контакты с членами группы.

11. Катарсис – состояние внутреннего очищения, наступающее после определенных переживаний и потрясений; специальный метод воздействия, направленный на выявление и разрядку бессознательных импульсов. Не все эмоциональные переживания ведут к изменению, и еще Фрейд говорил о том, что одного катарсиса недостаточно. Этот фактор соотносится с фактором сплоченности: чем выше сплоченность, тем ценнее катарсис. Без его выражения группа дегенерирует, однако его должны дополнять другие факторы.

12. Экзистенциальные факторы. В экзистенциальные факторы включены несколько проблем: ответственность, базовая изолированность, непредсказуемость, неустойчивость бытия, признание нашей смертности. Признание того, что жизнь бывает жестокой и несправедливой, и что нельзя избежать боли, которую причиняет жизнь и осознание смерти. Признание того, что независимо от открытости для других, можно столкнуться с одиночеством. Понимание того, что необходимо взять на себя полную ответственность за собственную жизнь, вне зависимости от того, в какой мере индивид может зависеть от других (материально, эмоционально) и получать от них поддержку.

В большинстве своих работ основатель метода Носсрат Пезешкиан специально не останавливается на групповой психотерапии [49]. Он излагает идеи о сущности позитивного подхода, транскультуральности, концепцию

человека, теорию развития, актуальных способностей, а позднее – учение о конфликтах, а также эвристические модели познания мира, баланса и подражания. Более поздние его книги оказываются посвящены частным вопросам психотерапии – семейной, психосоматике и экзистенциальным проблемам. При этом утверждать, что поле его интересов только индивидуальная психотерапия – невозможно. Пезешкиан видел объектом психотерапии так же и сообщества, и социум. Он также является автором концепта «global psychotherapist» (психотерапевт для мира), который сегодня является названием международного журнала Всемирной ассоциации позитивной и транскультуральной психотерапии. Приложение позитивной психотерапии к групповой работе упоминается в статьях И.О. Кириллова. Однако большая часть информации о групповом формате работы является неопубликованной. Она становилась неоднократно темой лекций Хамида Пезешкиана и учебных курсов для тренеров в Висбаденской академии психотерапии.

Хамид Пезешкиан описывает позитивный подход к группе как «полуструктурированный», признавая при этом и классический психодинамический подход как вариант, абсолютно согласующийся с концепциями метода. Ряд практиков и тренеров позитивной психотерапии, в частности Павел Фролов и Максим Гончаров, в качестве образца групповой работы ориентируются на подход Ирвина Ялома, описанный им в «Групповой психотерапии», и, лежащую в его основе интерперсональную теорию Гарри Стэка Салливана [30], внося поправки в стиль интерпретации групповых процессов в русле моделей позитивной психотерапии.

Мы в данной работе будем ориентироваться на полуструктурированный подход, как наиболее подходящий для наших целей – групповой поддержки родителей, имеющих детей с ОВЗ. Полуструктурированность означает выбор группой темы каждой встречи, а также движение в ходе сессии по пятиступенчатой стратегии. В остальном группа не имеет подготовленных заранее вопросов, упражнений, создавая

эффект свободной динамики в предзаданных рамках. Структура фокусирует нас на теме, свобода дает пространство для самораскрытия участников и ведущего.

Первая группа начинается со знакомства, а каждая последующая – с шеринга, т.е. круга реплик от каждого участника о его актуальном состоянии и потребностях. Приветствуется отклик участников на рассказы друг друга в безоценочном ключе.

Выбор темы происходит в свободном обсуждении, которое предлагает психолог вопросом: «О чем вам сегодня актуально поговорить?». Нежелательным является выбор темы голосованием, правильнее вести обсуждение до согласия всей группы принять участие в теме. Так происходит возможность пересечения актуальных проблем участников, развивается заинтересованность друг в друге, навыки слушания.

Если группа выбирает несколько тем на будущее, то на каждой новой группе важно провести аккомодацию темы - обсудить ее конгруэнтность потребностям группы здесь и сейчас, внести коррективы. Это позволяет реализовать принципы транскультуральности и консультации.

Принцип транскультуральной чувствительности. О нем часто говорят, как о диалоге национальных культур и внимательности к сходствам и различиям именно в этом измерении.

Однако позитивная психотерапия выделяет три уровня транскультуральности: этнический, региональный и семейный, и, если первые два действительно связаны с местом жительства, национальностью и религией, то последний обращает внимание на уникальность любой семейной системы. Мы можем расширять понятие транскультуральности и до психоневрологической специфичности. Например, входящий в Европе обиход термин «нейроплемена» (neurotribes), описывает людей на точках континуума аутистического спектра, как и уже широко известное понятие гиперчувствительных людей (hypersensitive person – HSP), заставляет нас обратить внимание на глубокие психологические различия, не фокусируясь

на понятиях «нормы» и «дисфункции». Психологическая специфичность нуждается в поисках адаптации общества к человеку, потому что мечта о возможности сделать человека адаптивным и нормативно подходящим для социума в таких случаях утопична. Таким образом, транскультуральная чувствительность в группе, в нашем случае, это способность понимать различия образа жизни семей, имеющих детей с ОВЗ и размышлять о повышении их качества жизни в более широком ключе, чем коррекция симптомов расстройств, имеющих у детей.

Принцип консультации подразумевает такую коммуникативную позицию, когда мы предпочитаем напрямую спросить о человеке у него самого, а не пытаться выстроить его образ по внешним признакам. Спросить у другого о его внутреннем мире – единственная возможность по-настоящему узнать о нем. Через принцип консультации позитивная психотерапия реализует феноменологический подход, в котором мы отдаем первенство субъективному опыту в психологической работе. Для самого клиента подлинно соприкоснуться с собственной субъективностью так же целительно. Открывается возможность не встраивать себя в контекст жизни, а самому создавать события, сделать шаг от реактивности к проактивности. В группе особенно ценно поддерживать свободное общение, давать участникам возможность говорить, слышать и откликаться на ситуации и переживания друг друга. Динамика групповой работы описывается так же, как и индивидуальной, при помощи пятиступенчатой стратегии помощи. В этой главе мы перечислим эти стадии, а в практической части работы раскроем каждую из стадий прицельно для нужд нашего исследования.

Пятиступенчатая стратегия.

1. Наблюдение и дистанцирование.
2. Инвентаризация.
3. Ситуативное поощрение.
4. Вербализация.
5. Расширение целей.

Группа завершается финальным шерингом, после чего участники могут покинуть круг.

Таким образом, мы описали путь групповой работы в позитивной психотерапии, который может быть нами использован для сообществ родителей детей с ОВЗ. Он сочетает элементы поддержки, самоисследования в группе, развития эмоциональных способностей и расширения форм поведения, мышления и переживания обстоятельств собственной жизни.

Выводы по первой главе

В ходе теоретического анализа нам удалось отметить, что представления о лицах с ОВЗ развивались постепенно – от достаточно инклюзивных, но не имеющих системной помощи в далеком прошлом до стигматизированных в эпоху Нового Времени. В настоящий момент происходит переход к большей гуманизации и дестигматизации. Между тем, помогающие практики – медицина, педагогика, психология, социальная защита – несли и несут на себе отпечаток доминирующего мировоззрения. На деле это пока означает, что многие существующие подходы укрепляют стигматизацию. Сами формулировки ряда социальных понятий ярко это иллюстрируют, например «неблагополучная семья», «девиантное поведение». В целом, поведенческий фокус приводит к тому, что в центре методов помощи оказывается коррекция, но верным было бы фокусироваться на прояснении и коррекции, придерживаясь трех задач психотерапии, выделенных Л. Вольбергом – поддерживающей, проясняющей и развивающей. Нормативность Нового Времени приводит к созданию структуралистских классификаций, попыткам описать шаги нормального развития, сформулировать психологические типы, четко очертить границы болезни и здоровья. В долговременной перспективе такие способы познания приводят к разделению, неодинаковому отношению к «нормальным» и «ненормальным». Необходима смена парадигмы для создания самой

возможности вернуть «ненормальным» шанс на включение в мир «нормальных». Собственно, мир «нормальных» не должен быть единой правильной и неизменной реальностью, к которой необходимо адаптироваться всем остальным. Эти идеи появляются в русле постмодернизма и постструктурализма, но сами по себе без гуманистической интерпретации не создают никакой новой реальности. В гуманистической психотерапии возникает такой альтернативный подход, основанный на философии жизни, экзистенциализме и транскulturальности. Одной из школ психотерапии, возникшей в тот период, является позитивная и транскulturальная психотерапия, основанная Н. Пезешкианом под названием «дифференциальный анализ».

Позитивная психотерапия опирается на уникальность жизненного пути каждого человека и холистический подход. Три фактора, влияющие на дифференциацию – биологический, культурный и средовой, определяют развитие способностей и возможности адаптации. Носрат Пезешкиан настаивал на принципе «нет диагноза», потому что любой диагноз, связанный с любой классификацией, лишь ограниченно описывает свойства человека, если это не функциональный диагноз, помогающий оценить качественное и количественное наполнение всех сфер жизнедеятельности человека. Таким образом, в центре внимания специалистов помогающих профессий оказывается качество жизни и не просто презумпция невиновности клиента, но позитивная концепция любого человека. Эта методологическая база, будучи усвоена специалистом и реабилитационной средой, способна соответствовать критериям жизнеизменяющей психотерапии, как определял глубинно-ориентированную психотерапию Джеймс Бьюдженталь. При этом, кроме методологического, позитивная психотерапия имеет еще одно достоинство – структурированность и стройность диагностической системы при свободе творчества в терапевтическом подходе.

Сочетание структурированности формы групповой психотерапии при вариативности ее содержания создает возможность проведения психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ, которая может быть интегрирована в имеющиеся системы помощи, но давать родителям не только обучение, но и личностную поддержку. Групповой процесс в позитивной психотерапии направлен не столько на освоение различных форм поведения, сколько на первичные актуальные способности, то есть эмоциональные способности, связанные с умением строить отношения с собой и другими, осуществлять саморегуляцию. Одной из этих актуальных способностей является терпение (толерантность), которая определяется как способность ждать, отсрочивать удовлетворение той или иной потребности, принимая людей и ситуации такими, какие они есть, даже если они не соответствуют нашим ожиданиям, понимать, что на развитие чего-либо необходимо время.

Указанные выше положения стали для нас основой формирования стратегии психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ, которое могло бы вывести родителей из-под самостигматизации, привело к повышению устойчивости в социальных отношениях и воспитании детей, опоре на салютогенетические аспекты самопомощи и помощи детям вместо патогенетических. Стратегия позволила описать процедуру групповой психологической работы, основанной на принципах позитивной и транскультуральной психотерапии с учетом наиболее современных ее достижений, при этом сочетая работу в группе и индивидуальное консультирование.

Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, с использованием методов позитивной и транскультуральной психотерапии

2.1 Организация эмпирического этапа исследования: обзор диагностических методик и характеристика группы, участвующей в исследовании

Для реализации целей исследования мы построили стратегию психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. Эта стратегия включает в себя описание применения принципов позитивной и транскультуральной психотерапии к групповой работе, а также структурой его сочетания с индивидуальной работой. В силу того, что позитивная психотерапия является недирективным методом, не представляется возможным создание протоколов групповых или индивидуальных процессов психологической помощи. Мы описали принцип проведения групповой работы и стратегию индивидуального интервью, в русле которых было проведено годичное психологическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. Далее мы будем называть ее программой психологического сопровождения.

Для анализа эффективности программы психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, основанной на принципах позитивной и транскультуральной психотерапии, нами было предпринято эмпирическое исследование. Оно включало в себя три этапа:

- констатирующий, на котором были определены характеристики группы родителей, участвующих в исследовании,
- формирующий – в ходе которого в течение года участники проходили программу психологического сопровождения,

– итоговый анализ проделанной работы, основанный на сравнении данных, полученных до и после формирующего этапа.

В нашем исследовании приняли участие родители детей с ОВЗ, проживающие в г. Благовещенске, количество участников – 60, из них 30 человек вошли в экспериментальную группу, а 30 человек – в контрольную группу. Средний возраст участников – 36 лет. 37 из 60 родителей воспитывают детей в полных семьях.

Эмпирическая часть строилась следующим образом.

В исследование были приглашены 60 родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра. Со всеми участникам были проведены диагностические мероприятия, включавшие в себя беседу, анкетирование и тестирование. После этого представители контрольной группы получали стандартную помощь, оказываемую в системе центров реабилитации и на базе психоневрологического диспансера. С представителями экспериментальной группы дополнительно проводилась групповая психологическая работа в методе позитивная и транскультуральная психотерапия в формате полуструктурированных терапевтических групп и периодических личных встреч.

Исследование проводилось на базе Амурского областного учреждения здравоохранения – центра реабилитации «Надежда», Амурского центра позитивной и транскультуральной психотерапии и Амурской областной общественной организации «Мир без границ» в 2018-2020 гг.

В начале работы проведено анкетирование родителей с целью выяснить их представления о том, как могла быть улучшена помощь семьям, имеющих детей с ОВЗ, и какие из звеньев семейной ситуации, в первую очередь, попадают в их центр внимания – ребенок, родитель, обстановка в семье или социально-экономическая ситуация. После анкетирования проводилось общее родительское собрание с объяснением содержания и целей нашего проекта помощи родителям, воспитывающим детей с ОВЗ. Здесь же участники распределялись по группам – контрольной и

экспериментальной, чтобы создать между ними сбалансированность по возрастному, половому составу и семейному статусу (полная или неполная семья).

Следующий этап подготовительной части исследования – персональные интервью с участниками, на которых уточнялись потребности и цели их участия в проекте, а также проводилось диагностическое исследование перед началом групповой работы:

- тест «Родительское выгорание» (модификация методики Н. Е. Водопьяновой, разработанная И. Н. Ефимовой, 2011г.),
- Висбаденский опросник к методу позитивная психотерапия (Н. Пезешкиан и Х. Дайденабах, 1977г.),
- опросник САН (В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, В. Б. Шарай и М. П. Мирошников, 1973г.).

Кроме этого, ведущий группы фиксировал свое впечатление от динамики психологического состояния участников, а на каждом групповом занятии уделялось внимание саморефлексии родителей.

Методика «Родительское выгорание» разработана на основе отечественной интерпретации опросника Maslach Burnout Inventory (МВІ). МВІ ориентирован на нужды исследования профессионального выгорания и переведен для русскоязычных испытуемых Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой. Адаптация для диагностики родительского выгорания проведена в Государственной классической академии им. Маймонида И. Н. Ефимовой. Методика содержит в себе вопросы, касающиеся трех аспектов выгорания, распределенных в 3 шкалы.

- А. Эмоциональное истощение.
- Б. Деперсонализация.
- В. Редукция родительских достижений.

Каждый из этих параметров описан выше в теоретической части работы. Приведем к каждой шкале примеры вопросов, раскрывающие ее содержание:

А. Эмоциональное истощение:

- К концу дня, проведенного с ребенком, я чувствую себя, как выжатый лимон;
- Я чувствую угнетенность и апатию;
- У меня все больше жизненных разочарований в сфере семьи;
- Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.

Б. Деперсонализация:

- Я общаюсь с моим ребенком только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести общение с ним до минимума;
- Мне безразлично, что думает и чувствует мой ребенок;
- Я проявляю к ребенку больше внимания и заботы, чем получаю от него в ответ признательности и благодарности.

В. Редукция родительских достижений:

- Я могу продуктивно влиять на развитие и успехи своего ребенка;
- Я доволен (довольна) своими успехами как родитель;
- Я смогу еще много сделать в своей жизни как родитель.

Всего опросник содержит 22 утверждения. Ответы оцениваются по 7-балльной шкале и варьируют от «никогда» (0 баллов) до «всегда» (6 баллов). Описание уровней эмоционального выгорания родителей приведено в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка уровней родительского выгорания

Субшкала	Низкий уровень L	Средний уровень M	Высокий уровень H
Эмоциональное истощение	0-15	16-24	25 и больше
Деперсонализация	0-5	6-10	11 и больше
Редукция родительских достижений	37 и больше	36-31	30 и меньше

Данные таблицы 1 будут использованы нами для оценки степени измеренного у родителей уровня выгорания.

Опросник «Родительское выгорание» И. Н. Ефимовой обращает внимание на роль родителя как специфическую деятельность, которая особенно ярко проявляется именно среди контингента родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, ведь в спектр их задач включаются каждодневные задачи по психолого-педагогической и социальной реабилитации.

Тест «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) – один из эффективных опросников для оценки текущего состояния и настроения. Он разработан в 1973 г. группой российских ученых – сотрудниками Первого московского медицинского института имени И. М. Сеченова – В. А. Доскиным, В. Б. Шараем, Е. П. Лаврентьевой и М. П. Мирошниковым.

САН представляет собой карту (таблицу), где указано 30 пар противоположных характеристик, которые отражают особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). Например, я счастлив – я несчастен, я бодрый – я вялый. Каждая пара представляет собой шкалу 3-2-1-0-1-2-3. Т.е. авторы в основу методики положили характеристику функционального психоэмоционального состояния полярными оценками, между которыми существует ряд промежуточных значений. Например, если испытуемые чувствует себя бодрым, то он подчеркивает цифру 3, расположенную рядом с утверждением бодрый. Если чувствует себя вялым, то выбирает противоположную 3. Выбирает цифру 0 в том случае, если не чувствует себя ни бодрым, ни вялым. 2 – если почти бодрый и 1 если скорее бодрый, чем вялый. И такую оценку проводит по каждой паре характеристик. Ответ при этом должен отражать текущее состояние испытуемого. В итоге мы получаем достоверную картину самооценки состояния испытуемого по трем параметрам. Цель применения этой методики в нашем исследовании состоит в оценке психологического функционирования как параметра качества жизни родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Висбаденский опросник к методу позитивной психотерапии был разработан Носсратом Пезешкианом и Хансом Дайденабахом в 1977 г. Это опросник, объединяющий в себе основные диагностические категории дифференциального анализа позитивной психотерапии – актуальные способности, модель баланса и модель для подражания. Он был сформирован на основании большого транскультурального исследования, проведенного Н. Пезешкианом, Х. Дайденабахом и Д. Шоном в конце 60-х годов 20 века. В результате него был сформулирован перечень из 24 актуальных способностей – черт характера, которые важны для представителей разных культур, и используются в позитивной психотерапии для диагностики психологических ресурсов человека, дефицитарных зон и содержания конфликтов. Актуальные способности делятся на первичные (эмоциональные) и вторичные (рациональные). В нашем исследовании фокус был поставлен на способностях, участвующие в контакте с другими людьми: пример, время, терпение, любовь, контакт, доверие, уверенность из первичных актуальных способностей, а также открытость, вежливость и справедливость из вторичных. Опросник содержит в себе 88 вопросов, которые определяют степень развития актуальных способностей, наполненность сфер жизни и потенциальную конфликтность концепций модели для подражания. В нашем исследовании мы использовали только шкалы, оценивающие развитие актуальных способностей. Методика проводится в ходе интервью. Предусмотрены две формы – А и Б для того, чтобы клиент мог отвечать на по-разному поставленные и скомпонованные вопросы в начале исследования и после проведенных психотерапевтических или коррекционных мероприятий. Перед началом формирующего эксперимента участникам давалась форма А, после его окончания – форма Б. Степень развития актуальных способностей оценивается по двенадцатибалльной шкале, где показатели до 4 говорят о низком уровне развития актуальной способности, диапазон от 5 до 8 – умеренное развитие способности, от 9 до 12 – высокое развитие. Показатели от 0 до 1 трактуются

как дефицитарная способность, а 11-12 как чрезмерно развитое. Таким образом, дисфункциональными в позитивной психотерапии считаются крайности. Актуальные способности, согласно теории позитивной психотерапии – это те черты характера, способности и ценности, которые обеспечивают нашу возможность адаптироваться и преобразовывать реальность, справляться с актуальными конфликтами и трудностями. Они составляют своеобразное ядро резильентности (особенно первичные способности). В связи с этим мониторинг их состояния и развития в процессе психологического сопровождения – важный элемент понимания личностных изменений родителей, которые в будущем помогут сформировать стойкий эффект от оказанной помощи.

Перед началом программы психологического сопровождения в контрольной и экспериментальной группах было проведено исследование стартового состояния участников. Оно проводилось в ходе первичных личных консультаций, на котором участники знакомились с командой проекта, получали разъяснение о его этапах и задачах, имели возможность задать свои вопросы, поставить индивидуальные цели и внести пожелания, а также подписывали согласие на участие в исследовании. Представители экспериментальной группы были разделены на три подгруппы по 10 человек, чтобы это количество было приемлемым для участия в полуструктурированной закрытой группе, выбранной нами для психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ.

Каждому из испытуемых были предложены три методики – Висбаденский опросник к методу позитивная психотерапия, опросник «Родительское выгорание» И. Н. Ефимовой и методика САН. Перед началом тестирования специалист разъяснял их сущность, цели и задачи для нужд исследования.

Перед началом программы по психологическому сопровождению родителей детей с ОВЗ был проведен опросник САН. Всем участникам

экспериментальной и контрольной группы были предоставлены бланки опросников и разъяснен ход исследования.

Обработав полученные результаты с помощью ключа опросника, мы получили следующие показатели. В контрольной и экспериментальной группах в категории самочувствия мы получили средние показатели – 4,9 и 4,7 соответственно. Данные результаты близки к норме, что вполне объяснимо в силу удовлетворительного физического здоровья и функционирования родителей.

Активность оказалась по сравнению с самочувствием немного ниже, но показатели также не выходят за пределы средних значений и составили 4,2 в контрольной группе и 4,1 в экспериментальной группе, они немного превышают показатель удовлетворительного состояния, но заметно отстают от нормы в 5-5,5 баллов.

По параметру настроение показатели были ниже средних значений – 3,7 и 3,8 соответственно в контрольной и экспериментальной группах. Это объясняется хронической эмоциональной нагрузкой родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Следует отметить, что разница в показателях самочувствия, активности и настроения на первом этапе обследования между контрольной и экспериментальной группой незначительна.

Это можно проследить на примере таблицы 2, которая демонстрирует стартовые показатели самочувствия, активности и настроения обеих групп родителей. Оценивая показатели САН по представленной таблице, мы можем констатировать, что они значимо не отличаются в экспериментальной и контрольной группах. Самочувствие и активность находятся у нижней границы нормы, а показатель настроения в обеих группах незначительно ниже нормы. Таким образом, мы можем говорить, что психологические компоненты качества жизни родителей несколько снижены, но близки к нижней границе нормы, что, вероятнее всего, свидетельствует о напряжении адаптационных механизмов в их повседневной жизни.

Таблица 2 – Показатели САН до начала эксперимента

Шкала	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Самочувствие	4,9	4,7
Активность	4,2	4,1
Настроение	3,7	3,8

Результаты исследования уровня родительского выгорания по методике И. Н. Ефимовой распределились следующим образом. По шкале «Эмоциональное истощение» большинство представителей обеих групп находились на среднем уровне – 14 в контрольной, 16 – в экспериментальной, на втором месте оказались низкие значения – 11 в контрольной, 9 – в экспериментальной, а высокие значения, соответственно – 5 человек в контрольной и 5 человек в экспериментальной. Средние показатели шкалы в контрольной группе – 18,9, в экспериментальной – 19,2. По шкале «Деперсонализация» в обеих группах встречались только низкие и средние значения, это можно объяснить, что родительство в современном российском обществе культурально понимается как вовлеченность в жизнь ребенка, поэтому, даже если это не просто, родители не позволяют себе неличностного отношения к детям. В контрольной группе низкие значения продемонстрировали 16 человек, средние – 14, в экспериментальной группе низкие значения у 15 человек, средние у 15 человек. Средние показатели в контрольной группе – 6,3, в экспериментальной – 6,1, такой показатель находится на границе между средним и низким уровнями показателя «деперсонализация». Параметр «редукция родительских достижений» оказался достаточно выраженным в обеих группах, вероятно, это обусловлено тем, что дети с ОВЗ часто воспринимаются как «бесперспективные», а их родители чаще получают жалость и непонимание, чем поддержку и сопереживание. В контрольной группе низкие показатели у 6 человек, средние у 13 человек, а высокие у 11 человек. В экспериментальной группе низкие показатели у 5 человек, средние – у 16, а

высокие у 9 человек. Средние значения в экспериментальной группе – 31,5, а в контрольной – 32,7. Оба находятся в диапазоне средней степени редукции достижений, но близко к границе высоких показателей. Измеренные до эксперимента показатели родительского выгорания представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели степени родительского выгорания в экспериментальной и контрольной группах до эксперимента

Шкала опросника РВ	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Эмоциональное истощение	18,9	19,2
Деперсонализация	6,3	6,1
Редукция родительских достижений	32,7	31,5

Данные, представленные в таблице 3, позволяют констатировать, что показатели эмоционального выгорания в обеих группах значимо не отличаются. Доминируют значения средней степени родительского выгорания по первой и третьей шкалам, по второй шкале показатели ближе к нормальным, что свидетельствует о важности коррекции эмоциональных проблем.

Для исследования степени развития актуальных способностей при помощи Висбаденского опросника к методу позитивная психотерапия мы выбрали из 24 способностей ряд тех, которые представляют наибольший интерес для нас в связи с задачами исследования. Это:

- контакт (способность строить отношения с собой и другими),
- терпение (толерантность, способность принимать людей и обстоятельства такими, какие они есть без формирования конфликта ожидание-реальность),
- время (способность уделять время и внимание себе и другому),
- любовь (способность к безусловному эмоционально теплomu отношению к другому и себе),

- доверие (способность воспринимать людей как дружественных, познаваемых, обладающих ресурсами и безопасных),
- уверенность (способность ощущать себя достаточно хорошим, могущим справиться с проблемами жизни),
- открытость (способность прямо и искренне говорить о чувствах, потребностях и мыслях),
- вежливость (способность эмфатически чувствовать других и организовывать благоприятную эмоциональную атмосферу),
- справедливость (способность объективно оценивать себя и других).

Приведем степень их развития в начале исследования в таблице 4.

Таблица 4 – Степень развития актуальных способностей в начале исследования в экспериментальной и контрольной группах

Актуальные способности	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Контакт	6,3	6,5
Терпение	6,5	6,7
Время	6,4	6,6
Любовь	7,5	7,4
Доверие	6,1	5,9
Уверенность	5,9	6,1
Открытость	5,1	5,3
Вежливость	8,4	8,1
Справедливость	6,9	7,2

Анализируя данные, представленные в таблице 4, мы можем заключить, что представленные актуальные способности находятся на среднем, ближе к низкому, уровню развития, при этом значимо не отличаются в контрольной и экспериментальной группах. Российская культура, согласно характеристикам Н. Пезешкиана, является преимущественно ориентированной на вторичные (рациональные) способности, несмотря на свою склонность к коллективизму. Поэтому важно

способствовать развитию первичных (эмоциональных) способностей в ходе групповой психологической работы.

2.2 Реализация программы психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и оценка ее эффективности

Дадим характеристику стратегии работы с группой родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, основанной на принципах позитивной и транскультуральной психотерапии.

Программа психологического сопровождения включала в себя сочетание групповой и индивидуальной работы с преобладанием групповой. Такое соотношение обусловлено задачами исследования – способствовать интеграции и дестигматизации, а каждый из этих процессов – социальный. Индивидуальная работа помогает формировать внутриличностные компетенции, такие как способность к саморефлексии, вербализации своих переживаний, интерпретации полученного опыта, понимания своих потребностей и ценностей.

Начнем с описания стратегии индивидуальных сессий. В нем мы коснемся стадийности встречи психолога и клиента, а также принципам интервьюирования, т.е. задавания вопросов.

Подход позитивной психотерапии к индивидуальному консультированию опирается на соединение психодинамического и гуманистического подхода к терапии. Он отрицает протоколы терапии, уделяя внимание личностному контакту консультанта и клиента, самораскрытию и анализу разворачивающихся в терапевтических отношениях явлений. Однако каждая сессия осуществляется в формате, включающем пять ступеней помощи, предложенных Н. Пезешкианом: наблюдение и дистанцирование, инвентаризацию, ситуативное поощрение, вербализацию и расширение целей.

Стадия наблюдения и дистанцирования отвечает потребности человека быть понятым и услышанным, поэтому требует от консультанта навыков активного слушания, эмпатии и безусловного принятия. На этой стадии клиенту предлагается спонтанно рассказать о своей ситуации. Психолог не направляет беседу, а демонстрирует готовность выслушивать историю и стимулирует ее рассказывание невербально и иногда словами. В этот момент он наблюдает и отмечает, как лексику использует клиент, как он проявляется мимически и пантомимически, какие эмоции демонстрирует, фиксирует вопросы, которые хотел бы задать в будущем, отмечает ресурсные стороны клиента и строит первичные гипотезы. Для самого клиента важным оказывается дистанцирование от своей истории, возможность вербализовать ее равнодушному слушателю помогает увидеть ситуацию полнее и как бы со стороны, встать по отношению к ней в рефлексивную позицию, стать готовым не воспринимать себя или ребенка как проблему, а говорить о своих отношениях с проблемой.

Стадия инвентаризации предполагает работу консультанта при помощи вопросов. Вопросы следуют за историей клиента, помогая расширить ее, раскрыть и уточнить переживания, мысли, потребности и ценности. Важна неформальность вопросов и их личностная ориентированность. Стоит двигаться в темпе, естественном для клиента, так как стадия инвентаризации обычно оказывается и стадией наиболее глубоких переживаний, потому что клиент, чувствуя заинтересованность и эмпатию консультанта, становится более готовым прикоснуться к сложным для себя переживаниям. На первых сессиях вопросы служат преимущественно для достижения ясности, на последующих начинают играть и развивающую роль, помогая клиенту достигать более глубокого контакта с собой.

Стадия ситуативного поощрения переключает активность на консультанта. Смыслом этой стадии является доказательная положительная обратная связь, в ходе которой консультант возвращает клиенту информацию о ресурсах, которые тот уже демонстрирует в своей проблемной ситуации,

опираясь на его рассказ. Тем самым подчеркиваются уже имеющиеся опоры, намечаются перспективы и реализуется принцип надежды. На этой стадии мы также можем говорить о смысле и функции тех явлений, которые клиент отмечает как дисфункциональные. Также консультант может оказывать эмоциональную поддержку, говоря о собственных переживаниях, которые имели место у него в процессе слушания истории клиента. С третьей стадии консультации могут быть использованы истории, метафоры и притчи, служащие в позитивной психотерапии инструментами работы с убеждениями и концепциями клиента, а также посредником транскультурального обмена между консультантом и клиентом.

Стадия вербализации включает в себя беседу консультанта и клиента о тех гипотезах и наблюдениях, которые возникли у консультанта в процессе работы над историей клиента и анализа терапевтических отношений. В построении гипотез мы опираемся на инструменты диагностической модели позитивной психотерапии - модель баланса, модель познания мира, модель для подражания, систему конфликтов - актуальный, ключевой, базовый и внутренний, а также систему актуальных способностей. Гипотезы должны быть понятны клиенту и обсуждаться в демократичном диалоге. Стадия вербализации помогает активировать и удовлетворить познавательные потребности клиента, возникающие в процессе контакта с консультантом, стимулировать его поисковую активность по объяснению и выходу из проблемной ситуации.

Стадия расширения целей обычно строится вокруг совместного обсуждения консультанта и клиента стратегии и тактики разрешения проблемы настолько, насколько она стала ясна в ходе работы. Консультант избегает директивности, оценок, советов и рекомендаций, работает преимущественно вопросами, помогает представить различные варианты развития событий и способы действий клиента. На этой же стадии формулируются домашние задания для клиента, собирается обратная связь по сессии, назначается дата следующей встречи.

Следует отметить, что пять ступеней проходятся как в течение одной сессии, так и оказываются стадиями самого консультирования в целом, когда начальные его фазы больше касаются выслушивания и расспрашивания, средние – поиска ресурсов и построения объяснительных моделей, а заключительные – стратегии и тактики разрешения ситуации.

В рамках описания консультативного процесса отдельно мы коснемся специфики вопросов, используемых в позитивной психотерапии и гуманистических школах, в целом. Это, действительно, очень важно, потому что затрагивает сразу несколько аспектов взаимодействия психолога и клиента. Причем некоторые вещи, которые мешают успешному интервью, относятся совсем не к навыкам общения, а, скорее, к позиции, которую консультант занимает по отношению к клиенту.

Что мы имеем в виду? Попробуем объяснить наглядно. В обыденном сознании принято считать, что мастерство вопрошания свойственно детям. Они обладают гибким и открытым умом, потому что все, встречаемое ими вокруг новое. Новое вызывает массу эмоций, пробуждает любопытство и естественный интерес. Казалось бы, встреча психологом нового человека – это контакт с индивидуальностью, столкнувшейся в жизни с уникальной проблемой, и его естественный интерес к людям должен побуждать узнавать их. Но большинство специалистов ощущают себя не просто людьми, а экспертами в жизни людей, а эксперт – это не тот, кто задает вопросы, а тот, кто имеет уже готовые ответы. Как результат – психолог, выслушивая клиента, не наполняется вопросами, а строит массу гипотез и рекомендаций, которыми потом и старается поделиться. Стоит ли говорить, что большинство таких гипотез имеют лишь приблизительное отношение к человеку, не говоря уже о рекомендациях.

Таким образом, первым принципом умения задавать хорошие вопросы оказывается, как ни странно, отказ консультанта от ощущения себя экспертом в жизни клиента. Это очень логично. Мы знаем человека несколько часов, а он сам с собой прожил целую жизнь, поэтому не мы, а он

должен мне рассказывать о себе. Знания специалиста помогают находить в самораскрытии клиента области, требующие особого внимания, и расспрашивать о них подробнее. Более того, в норме профессиональное знание внутреннего мира только подогревает любопытство. Николай Кузанский называл такую позицию ученым неведением (по-латински «docta ignorantia»).

Второй секрет – личное участие консультанта. Быть беспристрастным и объективным наблюдателем чьей-то судьбы – психологически обедненная роль. Рассказ клиента как-то затрагивает и нас, мы примеряем на себя его жизнь. Здесь требуется большая доля осознанности, понимание психологом своих эмоциональных откликов, которые могут становиться прекрасным материалом для вопросов. Случай клиента может пугать и удивлять вас, злить и радовать, тревожить и воодушевлять. Опираясь на собственный внутренний опыт можно прекрасно вести интервью. Приведем пару примеров, в которых специалист отталкивается от своих эмоциональных реакций:

- «Меня очень удивил ваш рассказ о взаимоотношениях ваших родителей. Скажите, как вы чувствовали себя в такой атмосфере?».
- «Когда вы говорили о своей работе, мой внутренний индикатор абсурда зашкаливал. Между тем, вы, похоже, в процессе всего рассказа оставались хладнокровным. Можете рассказать, что помогает вам так относиться к работе?».

Внимательность к переживаниям клиента тоже является отличным инструментом. Здесь только важно подмечать действительные факты – интонацию, мимику, жесты, темп речи, чтобы уметь обосновать свои наблюдения. Например: «Когда вы говорили о смерти отца, ваш голос дрожал. И мне кажется, что вместе со скорбью, вы испытывали еще и определенное чувство вины. Это так?».

Форма вопроса, в которой специалист переспрашивает клиента о правдивости собственных впечатлений, тоже очень удачна. Вместо того,

чтобы продать свои впечатления, консультант предлагает подумать о них клиенту. Как минимум, это уважение к его личности. Как максимум – прекрасное начало для переключения рассказа о внешних событиях на его внутреннюю реальность.

Большинство примеров содержат ту или иную степень самораскрытия самого консультанта. Использование самораскрытия – третий секрет хорошего вопроса. Во-первых, описание внутреннего мира консультанта оказывается примером для клиента того, как можно быть внимательным к тончайшим движениям собственной души. Многие люди довольно редко обращают внимание на внутреннюю жизнь. В процессе работы с психологом этому стоит научиться. Во-вторых, самораскрытие – прекрасный способ перейти на более глубокий уровень общения. Например, клиентка рассказывает о том, как много она суетилась, готовясь к семейному празднику – бегала в магазин, покупала продукты и подарки, готовила ужин. Реакция консультанта: «Удивительно! Вы успели сделать так много за такое короткое время. Но, слушая вас, я недоумевал, где в течение всего этого времени находился ваш муж?», – способна запустить эпизод обсуждения отношений клиентки с собственным мужем, что, скорее всего, будет более глубокой темой, чем усталость от суетного дня.

Четвертый принцип – не забывать, что психологическое интервью отличается от любого другого. В нем совершенно другой акцент. В обычной жизни мы больше говорим о событиях, в консультировании – о переживании. Это легко объяснимо тем, что психика – это субъективное отражение происходящего во внешнем и внутреннем мире. Внимание к субъективности оказывается способностью рассмотреть то, что не видно на первый взгляд. А клиент, чувствуя это внимание, ощущает равнодушие и принятие своей личности. События, конечно, тоже важны, но не поинтересоваться, как они были пережиты клиентом – недальновидно.

Субъективность с позиции гуманистического подхода, как отмечал Дж. Бьюдженталь – родная сестра человечности. Консультирование не

существует в мире объективности, потому что объективность бесчеловечна к жизненным трудностям. В ней слишком много черного и белого, что просто не остается тех полутонов, которые и дают возможность консультировать, т.е. просто быть вместе с тем, кто нуждается в помощи и поддержке. Если быть честным, большая часть затруднительных ситуаций вообще не связана с тем, чтобы с этим что-то делать, скорее наоборот, с ними нужно научиться быть. В конце концов, мы живем в несовершенном мире, населенном несовершенными людьми, и, сколько бы мы ни желали его изменить, прямо сейчас мы нуждаемся в способности не быть категоричными, но открываться тому несовершенству, которое как раз и создает разнообразие мира. В опыте каждого есть масса случаев, когда необходимо не предоставление собеседником работающих рекомендаций, а способность слушать, слышать и искренне сопереживать. Все рекомендации и решения уже были в тот момент в клиенте, но не хватало просто человеческих сил, которые можно получить только в отношениях с тем, кто способен в клиента поверить.

Поэтому пятый принцип хорошего вопроса – это вера в то, что в клиенте уже содержится ответ на него. Иначе зачем спрашивать? Другое дело, что порой уже имеющийся ответ еще не осознан человеком. Ему мешают привычки ума и запутанность в повседневной суете. Возможно, он даже и не предполагает, что именно такой вопрос может быть задан самому себе, потому что в его жизненном опыте не было никого, кто умел бы смотреть мир с той самой точки зрения, которая может стать точкой опоры, вокруг которой можно перевернуть весь мир.

Важно помнить, что любая истина – это процесс. Поэтому и открытие истины в самом себе требует последовательного погружения в проблему. Если клиент спрашивает, на какую работу ему идти, консультант, конечно, может спросить: «А на какую бы вам хотелось?». Но возможны и другие варианты: «Что вы ждете от вашей будущей работы? Какие варианты вы рассматривали? Можете ли вы сказать, что сильнее всего мешает вам совершить выбор? Давайте зайдем с обратной стороны, попробуйте сначала

описать идеальные условия работы, а уже потом мы с вами порассуждаем, что могло бы им соответствовать. Хорошо?». Возможно даже предположить: «В вашем вопросе я слышу нотки сомнения. Возможно, вы знаете, чего вы хотите, но колеблетесь между разными вариантами развития вашей жизни. Так ли это? Расскажите, в каком своем решении вы сомневаетесь?».

Большая часть вопросов, приведенных в качестве примеров, многословны, они содержат в себе описание того, что наблюдает консультант в самом себе или в клиенте. Такие описания помогают налаживать преемственность между теми фактами, которые он с клиентом открывает в процессе консультации, а также мнениями, гипотезами, инсайтами. Внутренний монолог стоит превратить в диалог, тогда насыщается информационное пространство встречи, а каждое сказанное слово может стать источником ассоциаций. Сказанное не отменяет пользы простых и коротких вопросов. Они незаменимы, когда консультант не желает прерывать самораскрытия клиента (особенно на первой стадии пятиступенчатой стратегии), а просто хочет получить уточнение. Уместны и совсем короткие вопросы, если в них достаточно экспрессии, чтобы быть понятыми правильно: «Да? И? Как?! Правда? Неужели?!». Но они обычно сами находят свое место в канве разговора, когда консультант с клиентом сонастроены.

Хороший вопрос в качестве ответа содержит целую историю. Задавая его, консультант должен быть готов помочь клиенту ее рассказать в деталях и красках, способных вдохнуть в нее жизнь, помогать клиенту формулировать их, рассказывая историю о самом себе. Такой подход позволяет совсем с другой стороны взглянуть на свои проблемы - как на часть многогранной жизни, в которой каждая трудность имеет свой смысл и функцию. Хорошая история такова, что не оставляет места бессмысленности. Обретая смысл, клиент обретает направление жизни, а это, на самом деле, и есть цель любого консультативного процесса.

Принципы задания вопросов можно использовать как в индивидуальном, так и в групповом процессе, учитывая, что в группе необходимо стимулировать участников задавать хорошие вопросы друг другу.

При «ведении» группы мы ориентировались на полуструктурированный подход, как наиболее подходящий для целей исследования – групповой поддержки родителей, имеющих детей с ОВЗ. Полуструктурированность означает выбор группой темы каждой встречи, а также движение в ходе сессии по пятиступенчатой стратегии. В остальном группа не имеет подготовленных заранее вопросов, упражнений, создавая эффект свободной динамики в предзаданных рамках. Структура фокусирует на теме, свобода дает пространство для самораскрытия участников и ведущего.

Первая группа начинается со знакомства, а каждая последующая – с шеринга, т.е. круга реплик от каждого участника о его актуальном состоянии и потребностях. Приветствуется отклик участников на рассказы друг друга в безоценочном ключе.

Выбор темы происходит в свободном обсуждении, которое предлагает психолог вопросом: «О чем вам сегодня актуально поговорить?». Нежелательным является выбор темы голосованием, правильнее вести обсуждение до согласия всей группы принять участие в теме. Так происходит возможность пересечения актуальных проблем участников, развивается заинтересованность друг в друге, навыки слушания.

Если группа выбирает несколько тем на будущее, то на каждой новой группе важно провести аккомодацию темы – обсудить ее конгруэнтность потребностям группы здесь и сейчас, внести коррективы. Это позволяет реализовать принципы транскультуральности и консультации.

Принцип транскультуральной чувствительности. О нем часто говорят, как о диалоге национальных культур и внимательности к сходствам и различиям именно в этом измерении.

Однако, позитивная психотерапия выделяет три уровня транскультуральности: этнический, региональный и семейный, и, если первые два действительно связаны с местом жительства, национальностью и религией, то последний обращает внимание на уникальность любой семейной системы. Психологическая специфичность нуждается в поисках адаптации общества к человеку, потому что мечта о возможности сделать человека адаптивным и нормативно подходящим для социума в таких случаях утопична. Таким образом, транскультуральная чувствительность в группе, в нашем случае, это способность понимать различия образа жизни семей, имеющих детей с ОВЗ и размышлять о повышении их качества жизни в более широком ключе, чем коррекция симптомов расстройств, имеющих у детей.

Принцип консультации подразумевает такую коммуникативную позицию, когда мы предпочитаем напрямую спросить о человеке у него самого, а не пытаться выстроить его образ по внешним признакам. Спросить у другого о его внутреннем мире – единственная возможность по-настоящему узнать о нем. Через принцип консультации позитивная психотерапия реализует феноменологический подход, в котором мы отдаем первенство субъективному опыту в психологической работе. Для самого клиента подлинно соприкоснуться с собственной субъективностью так же целительно. Открывается возможность не встраивать себя в контекст жизни, а самому создавать события, сделать шаг от реактивности к проактивности. В группе особенно ценно поддерживать свободное общение, давать участникам возможность говорить, слышать и откликаться на ситуации и переживания друг друга.

Пятиступенчатая стратегия актуальна и для группового процесса. Она вклинивается в него, когда в группе начинается работа над личными или коллективными историями участников.

Группа завершается финальным шерингом, после которого участники могут покинуть круг. Таким образом, мы описали путь групповой работы в

позитивной психотерапии, который может быть нами использован для сообществ родителей детей с ОВЗ. Он сочетает элементы поддержки, самоисследования в группе, развития эмоциональных способностей и расширения форм поведения, мышления и переживания обстоятельств собственной жизни.

Групповая и индивидуальная работа длилась в течение года, однако не проводилась симультанно для всех 30 участников, включенных в экспериментальную группу.

Анализ эффективности воздействия психологического сопровождения родителей мы начнем с родительского выгорания, как с наиболее клинически значимого параметра.

После проведения программы по психологическому сопровождению был проведен повторный мониторинг родительского выгорания по методике И. Н. Ефимовой. По шкале «Эмоциональное истощение» большинство представителей обеих групп остались на среднем уровне – 15 в контрольной, 19 – в экспериментальной, на втором месте оказались низкие значения – 11 в контрольной, 10 – в экспериментальной, а высокие значения, соответственно – 4 человека в контрольной и 1 человек в экспериментальной. Средние показатели шкалы в контрольной группе – 19, в экспериментальной – 16,1. По шкале «Деперсонализация» в обеих группах отмечались низкие и средние значения. В контрольной группе низкие значения – 16 человек, средние – 14, в экспериментальной низкие значения – 16 человек, средние – 14 человек. Средние показатели в контрольной – 6,15, в экспериментальной – 6,1, такой показатель находится на границе между средним и низким уровнями показателя «деперсонализация». Параметр «редукция родительских достижений» претерпел наибольшие трансформации. В контрольной группе низкие показатели – у 8 человек, средние – 13, а высокие – у 9 человек. В экспериментальной группе низкие показатели – у 13 человек, средние – у 17 человек, а высоких не оказалось. Средние значения в экспериментальной группе – 36,8, а в контрольной – 31,5. Оба находятся в диапазоне средней

степени редукции достижений, но показатель экспериментальной группы приблизился к границе низких показателей. Это можно объяснить эффектом групповой работы, в которой становятся видимыми те действия и усилия, которые сложно воспринять вне соотнесения себя с поддерживающим сообществом. Результаты измерения уровня родительского выгорания после проведения программы психологического сопровождения представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Показатель родительского выгорания в экспериментальной и контрольной группах после проведения программы психологического сопровождения

Шкала опросника РВ	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Эмоциональное истощение	19	16,1
Деперсонализация	6,15	6,1
Редукция родительских достижений	31,5	36,8

Сравним показатели до и после программы по психологическому сопровождению родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, полученные при оценке родительского выгорания по методике И. Н. Ефимовой. В экспериментальной группе наблюдалось снижение баллов по шкале «эмоциональное истощение» – 3,2, по шкале деперсонализация динамики не было, а по шкале редукция родительских достижений оценка своих достижений выросла с 31,5 до 36,8. В контрольной группе по шкалам эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция родительских достижений наблюдаются незначительные изменения: по первой шкале повышение на 0,1, по второй повышение на 0,15, по третьей повышение на 1,2.

Для анализа достоверности произошедших изменений нами был предпринят статистический анализ количественных данных. Перед нами стоят две задачи – существуют ли значимые различия в измеренных параметрах между двумя группами – контрольной и экспериментальной, а

также являются ли значимыми изменения параметров обеих групп до и после эксперимента. Сравнение между контрольной и экспериментальной группами проводилось при помощи U-критерия Манна-Уитни, который позволяет оценивать различия между двумя выборками по количественно измеренному критерию. Сравнение показателей контрольной и экспериментальной групп до и после эксперимента выполнялось при помощи t-критерия Стьюдента для несвязных выборок. В качестве уровня значимости был принят $p < 0,05$.

При оценке различий между контрольной и экспериментальной группами до проведения программы психологического сопровождения при помощи U-критерия Манна-Уитни, значимых различий обнаружено не было по всем трем шкалам родительского выгорания. При анализе этих параметров после проведения программы психологического сопровождения значимые различия подтверждаются по первой и третьей шкалам – «эмоциональное истощение» и «редукция родительских достижений». Таким образом, после формирующего этапа эксперимента, группа становится разнородной, уровень родительского выгорания по первому и третьему параметру достоверно отличаются, что подтверждается и качественной интерпретацией, указанные шкалы приобретают не средний, как до эксперимента, а низкий уровень выраженности.

Оценивая динамику показателей параметров родительского выгорания до и после эксперимента при помощи t-критерия Стьюдента, мы находим подтверждение значимости различий по шкалам «эмоциональное истощение» и «редукция родительских достижений» при $p < 0,05$. Значимости различий по шкале «деперсонализация» не наблюдалось. Следовательно, проведенная программа психологического сопровождения находит статистическое подтверждение своей способности к коррекции уровня родительского выгорания и снижения уровня эмоционального истощения, а также преодоления тенденции к редукции родительских достижений.

После проведения программы психологического сопровождения в экспериментальной группе мы увидели невыраженную положительную динамику по всем трем категориям опросника САН, наибольший прирост показателей был выявлен в категории настроения, наименьший в категории самочувствия по сравнению с предыдущими показателями этой группы до проведения эксперимента. В контрольной же группе изменения по показателям опросника до и после проведения эксперимента были незначительными, при этом можно утверждать, что каких-либо отклонений в ту или иную сторону не выявлено. Если сравнить показатели опросника САН в контрольной и экспериментальной группах после проведения эксперимента, то видно, что данные по самочувствию практически не отличаются и составляют 4,8 и 5,0 соответственно. Наибольшее отличие имеется в показателях категории настроение и составляет 3,8 и 4,3 соответственно, что является статистически достоверным. Также следует отметить, что в экспериментальной группе после проведения эксперимента показатель категории активности составил 4,6, что на 0,3 больше, чем соответствующий показатель в сравниваемой контрольной группе. Эти данные суммированы в таблице 6.

Таблица 6 – Показатели САН после проведения программы психологического сопровождения

Шкала методики	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Самочувствие	4,8 (4,9)	5 (4,7)
Активность	4,3 (4,2)	4,6 (4,1)
Настроение	3,8 (3,7)	4,3 (3,8)

Как и в случае анализа результатов по методике «Родительское выгорание», сравнение различий между контрольной и экспериментальной группами по методике САН проводилось при помощи U-критерия Манна-Уитни, который позволяет оценивать различия между двумя выборками по количественно измеренному критерию. Сравнение показателей контрольной

и экспериментальной групп до и после эксперимента выполнялось при помощи t-критерия Стьюдента для несвязных выборок. В качестве уровня значимости был принят $p < 0,05$.

При оценке различий между контрольной и экспериментальной группами до проведения программы психологического сопровождения при помощи U-критерия Манна-Уитни, значимых различий обнаружено не было по всем трем шкалам – самочувствию, активности и настроению. При анализе этих параметров после проведения программы психологического сопровождения значимые различия подтверждаются по второй и третьей шкалам – «активность» и «настроение».

Оценивая динамику показателей параметров самочувствия, активности и настроения до и после эксперимента при помощи t-критерия Стьюдента, мы находим подтверждение значимости различий по шкалам «активность» и «настроение» при $p < 0,05$. Значимости различий по шкале «самочувствие» не наблюдалось. Следовательно, проведенная программа психологического сопровождения находит статистическое подтверждение своей эффективности к повышению активности и настроения в группе родителей, воспитывающих детей с ОВЗ.

Таким образом, программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, основанная на принципах позитивной психотерапии, демонстрирует эффективность, подтвержденную статистически, при коррекции уровней активности и настроения.

После проведения мероприятий по психологическому сопровождению был проведен Висбаденский опросник к методу позитивная психотерапия, форма Б. Мы сравнили показатели до мероприятий психологической помощи и после, они представлены в таблице 7.

В ходе работы по психологическому сопровождению произошли изменения в степени развития многих выбранных нами для мониторинга актуальных способностей.

Таблица 7 – Показатели развития актуальных способностей до и после проведения программы психологического сопровождения

Актуальные способности	До эксперимента		После эксперимента	
	контрольная группа	экспериментальная группа	контрольная группа	экспериментальная группа
Контакт	6,3	6,5	6,2	7,0
Терпение	6,5	6,7	6,4	9,2
Время	6,4	6,6	6,6	7,8
Любовь	7,5	7,4	7,5	7,9
Доверие	6,1	5,9	6,2	6,8
Уверенность	5,9	6,1	6,0	7,1
Открытость	5,1	5,3	5,3	6,9
Вежливость	8,4	8,1	8,5	8,5
Справедливость	6,9	7,2	6,8	7,5

В экспериментальной группе после эмпирической части исследования можно отметить рост развития ряда актуальных способностей в отличие от контрольной группы, получавшую стандартную медицинскую помощь. Все показатели остались в диапазоне средних значений, однако увеличились количественно. Наибольший прирост мы видим в актуальной способности терпение (толерантность) – 2,5 (исходные цифры – 6,7, после участия в программе – 9,2). Также относительно значительные изменения можно отметить по другим категориям актуальных способностей: показатель «открытость» повысился с 5,3 до 6,9; показатель «время» увеличился с 6,6 до 7,8; показатель «уверенность» повысился с 6,1 до 7,1; показатель «доверие» увеличился с 5,9 до 6,8.

Наименьший прирост в показателях можно отметить по оставшимся категориям актуальных способностей – контакт (повышение с 6,5 до 7,0), любовь (повышение с 7,4 до 7,9), вежливость (повышение с 8,1 до 8,5), справедливость (повышение с 7,2 до 7,5).

В связи с сущностью актуальных способностей, которые сами являются составными чертами личности, мы не считаем рациональным дополнительно статистически оценивать достоверность различия в их развитии до и после формирующего эксперимента. Нам важно констатировать сам факт

тенденции к развитию эмоциональных способностей в ходе групповой и индивидуальной психологической работы. Эта тенденция сама по себе указывает на путь повышения резильентности психики родителей, а проверка эффективности должна проводиться при помощи анализа частоты возникающих отклонений от нормального функционирования. Подобный анализ мы проводили для параметров «родительское выгорание» и САН в данном исследовании. Достоверно подтвержденная эффективность коррекции по этим параметрам свидетельствует и о ценности развития первичных актуальных способностей.

Резюмируя нашу оценку эффективности программы психологического сопровождения, отметим, что гипотеза исследования нашла подтверждение в ходе качественного и количественного анализа данных, что свидетельствует об эффективности стратегии психологического сопровождения, основанной на принципах позитивной и транскультуральной психотерапии.

Выводы по второй главе

Программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, будучи реализованной в процессе нашего исследования, опиралась на сочетание группового и индивидуального подхода и принципы позитивной и транскультуральной психотерапии. Групповой процесс строился как полуструктурированный, центрированный на теме, выбираемой участниками, а индивидуальное консультирование проводилось в соответствии с пятиступенчатой стратегией помощи, т.е. включало в себя стадии наблюдения и дистанцирования, инвентаризации, ситуативного ободрения, вербализации и расширения целей. Сочетание указанных подходов позволило, сохраняя гуманистические ценности позитивной психотерапии, достигнуть коррекции степени родительского выгорания и повышения качества жизни участников.

Коррекция степени родительского выгорания наблюдалась по двум из трех показателей – редукция родительских достижений и эмоциональное истощение. Психологический компонент качества жизни родителей, измеренный по методике САН, повысился по шкалам активности и настроения.

Согласно Висбаденскому опроснику к методу позитивная психотерапия мы наблюдали заметный прирост развития таких актуальных способностей как терпение, открытость, время, уверенность и доверие. Таким образом, мы можем сказать, что выросла толерантность родителей к их детям и собственному состоянию в ходе воспитания и общения с ними, повысилась открытость как способность к пониманию собственных переживаний, умение вербализовывать их и непосредственно доносить до адресата. Повышение развития такой способности как время приводит к улучшению способности уделять время и внимание детям и самим себе, присутствовать в моменте, быть вовлеченным в общение и деятельность, а выросшие уверенность и доверие повышают ощущение безопасности. Уверенность помогает больше ощущать опору на себя, самооценку и родительскую компетентность. Доверие помогает строить отношения с другими людьми, исходя из презумпции невиновности, не расходуя лишней энергии на превентивную оборону границ, передавать детям благоприятный образ мира. Сочетание уверенности и доверия помогает родителям транслировать детям отношение «Я – Ок, Люди – Ок».

Достигнутые результаты не наблюдаются в контрольной группе, в которой не проводилось программы по психологическому сопровождению, основанной на принципах позитивной психотерапии. Тем самым мы можем констатировать, что гипотеза исследования подтвердилась, а составленная нами стратегия демонстрирует эффективность в группе родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и может применяться в практической деятельности в программах интеграции и реабилитации лиц с ОВЗ и их родственников.

Заключение

Расстройства аутистического спектра достаточно широко распространены. Современное положение понятия об аутизме переживает расширение диагностических границ. Проект Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра предполагает широкое толкование понятия об аутизме для уменьшения стигматизации пациента и призывает внимательно относиться к его реабилитационному потенциалу. Основной ограничивающий возможности здоровья фактор при аутизме связан со сферой контактов, это означает, что именно оздоровление сферы контактов должно приводить к расширению возможностей ребенка или взрослого. По-прежнему актуальным остается то, что лица с РАС и их родственники живут в условиях социального отчуждения. Эти же положения актуальны и для умственной отсталости и органического расстройства личности, других расстройств, которые встречались у детей, воспитываемых родителями из нашего исследования. В случае органических, в том числе ассоциированных с нарушениями интеллекта состояниями, стигматизация также имеет место. Если ребенок с аутизмом воспринимается как иной, непохожий и непонятный, а поэтому отвергается нетолерантным обществом, то ребенок с когнитивными нарушениями воспринимается как недостаточно хороший, неспособный, тот, кто хуже, чем другие дети. Родители сами могут быть подвержены стигматизирующим установкам к детям и сами стигматизироваться миром родителей нормотипичных детей. Первый вариант вызывает агрессию в адрес ребенка и страх за его будущее, второй – вину, стыд и ощущение одиночества, которые часто конвертируются в злость.

Указанные факторы показывают необходимость организации системы психологической поддержки для родителей. Эта поддержка должна отвечать ряду критериев. Во-первых, давать пространство для самого родителя, быть centered на клиенте, восстанавливать и развивать контакт с самим

собой. Во-вторых, она должна отвечать требованиям принципа надежды и ресурсоориентированности, а не фокусироваться на коррекции и оценке адекватности-неадекватности. В-третьих, персональность и диалогичность, возможность самопроявления в живом контакте, который способствует пониманию, что чувства и переживания, которые в данный момент невыносимы, могут стать принимаемыми и выносимыми. В-четвертых, они должны быть встраиваемыми в те системы помощи, которые предлагаются детям с ОВЗ, чтобы не разлучать семейную систему в процессе поддержки ребенка.

Позитивная и транскультуральная психотерапия способна предоставить методологическую основу для этих требований в силу того, что она является психотерапевтической школой, сочетающей гуманистические и психодинамические принципы, а также учитывает уникальность каждой жизненной ситуации и обеспечивает недирективность процесса. Она имеет богатый опыт работы с социальными меньшинствами и ущемляемыми в правах категориями населения.

Нами была разработана программа психологического сопровождения родителей, воспитывающих детей с ОВЗ на основе принципов позитивной психотерапии. Она включала в себя индивидуальные и групповые встречи, чтобы охватить и персональный, и интерперсональный опыт клиентов, получающих поддержку. Индивидуальные встречи строились по пятиступенчатой стратегии помощи, а групповые согласно принципам проведения полуструктурированных психотерапевтических групп, которые могут использоваться среди категорий клиентов, объединенных сходными проблемами. Кроме того, совместная работа родителей, воспитывающих детей с ОВЗ обеспечивала взаимную поддержку участников по принципу равный-равному. В ходе сравнения психологической динамики родителей, получавших сопровождение в рамках экспериментальной группы с контрольной группой, которой оказывалась стандартная реабилитационная помощь, мы отметили следующие различия. Показатели родительского

выгорания по шкалам «эмоциональное истощение» и «редукция родительских достижений» снижались в экспериментальной группе и оставались приблизительно на прежнем уровне в контрольной. Показатели «активность» и «настроение», измеренные по методике САН также увеличивались в экспериментальной группе. Эти данные позволяют утверждать, что программа психологического сопровождения способствует коррекции уровня родительского выгорания и повышению психологического компонента качества жизни.

Кроме того, мы исследовали динамику актуальных способностей, участвующих в социальных процессах и обеспечивающих психологическую устойчивость в них. Согласно Висбаденскому опроснику к методу позитивная психотерапия мы наблюдали заметный прирост развития таких актуальных способностей как терпение, открытость, время, уверенность и доверие. Таким образом, мы можем сказать, что выросла толерантность родителей к их детям и собственному состоянию в ходе воспитания и общения с ними, повысилась открытость как способность к пониманию собственных переживаний, умение вербализовывать их и непосредственно доносить до адресата. Это приводит не только к развитию компетенций общения, но и большей психологической устойчивости в условиях стигматизации. В контрольной группе значимого развития данных актуальных способностей отмечено не было.

Таким образом, оценивая эффективность предложенной нами программы психологического сопровождения, мы показали ее пригодность к профилактике и коррекции родительского выгорания, а также повышению качества жизни родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. Тем самым, гипотеза исследования подтверждена, а сама программа может быть рекомендована специалистам, знакомым с методом позитивная психотерапия и занятым в системе психологической помощи лицам с ОВЗ и их семьям.

Список используемой литературы

1. Арпентьева М. Р. Психосоциальное сопровождение лиц с ОВЗ и их семей: монография. СПб. : Лань, 2019. 251 с.
2. Братченко С. Л. Экзистенциальная психология глубинного общения: уроки Джеймса Бюджентала. М. : Смысл, 2001. 197 с.
3. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб. : Питер, 2001. 294 с.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. М. : Изд-во МГУ, 1984. 200 с.
5. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2009. 223 с.
6. Габдреева Г. Ш. Практикум по психологии состояний : учеб. пособие. СПб. : Речь, 2004. 475 с.
7. Гончаров М. А. Операционализация конфликтов в позитивной психотерапии. М. : Страна Оз, 2019. 83 с.
8. Гончаров М. А. Психотерапия: четыре вещи, без которых она невозможна // Психотерапия. 2013. № 7. С. 41-45.
9. Ефимова И. Н. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник МГОУ. Серия : Психологические науки. 2013. № 4. С. 31-40.
10. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб. : С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1998. 255 с.
11. Кириллов И. О. Базовый курс по позитивной психотерапии. М. : Страна ОЗ, 2019. 328с.
12. Клиническая психология : учеб. для студентов мед. вузов и фак. клин. психологии / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2002. 959 с.
13. Корень Е. В., Кашникова А. А., Татарова И. Н., Коваленко Ю. Б. и соавт. Психообразование в структуре комплексной помощи детям и

подросткам с психическими расстройствами : Методические рекомендации.
М. : Ин-т проблем упр. здравоохранением, 2009. 30 с.

14. Кочюнас Р. Групповая психотерапия : учебное пособие для вузов.
М. : Академический проект: Трикста, 2014. 221 с.

15. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М. : София, 2001. 294 с.

16. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные
заболевания. М. : Медицина, 1977. С. 37-52.

17. Мамедов А. К. Социальная стигматизация: монография. М. :
АТИСО, 2008. 167 с.

18. Москвичев В. В. Нарративная терапия: реализация практики
уважения // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2010. Том 2.
№ 5. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2010/n5/Moskvichev.shtml (дата
обращения: 18.12.2020).

19. Мукина Е. Ю. Ограниченные возможности здоровья ребенка как
педагогическая проблема и десоциализирующий фактор // Вестник
Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. № 6 (134).
С. 122-132.

20. Пезешкиан Н. Восток – Запад. Позитивная психотерапия в диалоге
культур. Киев, 1998. 246 с.

21. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: Семья как
психотерапевт. М. : Март, 1996. 333 с.

22. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия :
Межкультур. и междисциплинар. аспекты на примере 40 историй болезни
М. : Медицина, 1996. 463 с.

23. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: Тренинг в
воспитании партнерства и самопомощи: С 250 прим. из практики и вступ.
словом Р. Баттегая. М. : Медицина, 1995. 335с.

24. Пезешкиан Х. Транскультуральная психотерапия в России //
Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 3-4. С. 47-69.

25. Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии / Под ред. проф. П. И. Сидорова. Архангельск ; Висбаден : Изд-во Арханг. гос. мед. ин-та, 1993. 116 с.
26. Психологическое сопровождение развития и образования детей с ОВЗ : учебно-методическое пособие / О. В. Вольская, Ю. Т. Матасов, Л. С. Медникова, Н. А. Шумская. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2018. 195 с.
27. Роджерс К. Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию. М. : ИОИ, 2017. 237 с.
28. Роджерс К. Р. Групповая психотерапия. М. : ИОИ, 2017. 174 с.
29. Роджерс С. Дж. Учебник по Денверской модели раннего вмешательства для детей с аутизмом: развиваем речь, умение учиться и мотивацию / Перевод с англ. Под общей редакцией М. Кузьмицкой и Л. Толкачева. М. : ИП Толкачев, 2019. 432 с.
30. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. М. : КСП+ ; СПб. : Ювента, 1999. 345 с.
31. Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. М. : Теревинф, 2008. 206 с.
32. Сас Т. Фабрика безумия. Екатеринбург : Ультра. Культура, 2008. 506 с.
33. Сафронова Т. В. Инвалидность как правовая категория: история эволюции понимания термина // Современное право. 2014. № 3. С. 160-164.
34. Социальные преобразования и психическое здоровье (с международным участием): второй национальный конгресс по социальной психиатрии, Москва, 29-30 ноября 2006 года. М. : ГЕОС, 2006 (Люберцы (Моск. обл.) : ПИК ВИНТИ). 204 с.
35. Тимофеева В. О. Метафорические ассоциативные карты в позитивной психотерапии, коучинге и управлении персоналом. М. : Белый ветер, 2019. 81 с.

36. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. №1. С. 25-30.
37. Уайт М. Карты нарративной практики: введение в нарративную терапию. М. : Генезис, 2010. 325 с.
38. Учиться и жить вместе: открытое пространство инклюзии: Всероссийский форум продвижения идей и принципов инклюзивного образования (Казань, 26-28 февраля 2015 г.) : материалы : в 2 ч. / Комис. Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, Ун-т упр. «ТИСБИ» [и др.]. Казань : ТИСБИ, 2015. Ч. 2. 288 с.
39. Фуко М. Рождение клиники ; пер. с фр., науч. ред. и предисл. д-ра психол. наук А. Ш. Тхостова. М. : Смысл, 1998. 608 с.
40. Чекмарёв М. В. Путь к целостности: чему нас могут научить Шопенгауэр, Кьеркегор и Ницше? [Б. м.] : Издательские решения, 2015. 139 с.
41. Черникова Т. В. Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на разных этапах переживания случившегося // Вестн. психосоц. и коррекционно-реабилитац. работы. 2000. № 4. С. 83-89.
42. Шелдон Р. Психотерапия: Искусство постигать природу / Пер. с англ. М. : Когито-Центр, 2002. 345 с.
43. Эра контрпереноса: антология психоаналитических исследований, (1949-1999 гг.) / сост., науч. ред. и предисл. И. Ю. Романова. М. : Акад. Проект, 2005. 573 с.
44. Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия. М. : РИМИС, 2008. 604 с.
45. Ялом И. Д. Теория и практика групповой психотерапии. СПб. : Питер, 2000. 640 с.
46. Ялом И. Д. Дар психотерапии. М. : Эксмо, 2013. 350 с.
47. Jung C.G. The Undiscovered Self: With Symbols and the Interpretation of Dreams. Princeton University Press 2012. 208 p.

48. Kuhn Thomas S. The Structure of Scientific Revolutions. The University of Chicago Press, Chicago, 2012. 216 p.

49. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // J. Occup. Behav. April 1981. Vol.2. P.99-113.

50. Peseschkian N. Positive Psychotherapy: Theory and Practice of a New Method. Berlin, 1977. 442 p.

51. Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications. Editors: Messias, Erick; Peseschkian, Hamid; Cagande, Consuelo. Springer 2020. 431 p.