

РОЛЬ СЕМЬИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОРРЕКЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Алехин Анатолий Николаевич

д.м.н., профессор, Российский государственный
университет им. А.И. Герцена
termez59@mail.ru

Исагулова Елена Юрьевна

к.п.н., директор, НМУ «Клинический центр
психического здоровья»,
9477877@gmail.com

THE ROLE OF THE FAMILY IN THE REHABILITATION AND CORRECTION OF ADOLESCENT ADDICTIVE BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

**A. Alekhin
E. Isagulova**

Summary: The article highlights the analytical review of modern literature devoted to the problem of studying the role of the family in the rehabilitation and correction of addictive behavior of adolescents with borderline personality disorder. It is noted that parents play a crucial role and can be considered as a mediator or barrier in the whole process of rehabilitation and correction of adolescent addictive behavior.

Four main problem areas are highlighted: 1. Parents as a source of adolescents' addictive behavior. 2. Parents trying to avoid responsibility for adolescents with addictive behaviors. 3. Parents as an active part of the rehabilitation process. 4. Parents as a barrier to effective care. There is a need for specific interventions to support parental involvement in rehabilitation. Moreover, the need for psychotherapy for members of multiproblem families, as well as correctional work regarding the negative perceptions and attitudes of parents towards their addict children is noted.

The conducted generalization study can be useful in conceptualizing the peculiarities of the role of the family in the correction of addictive behavior in adolescents with borderline personality disorder and a systemic logical model of consistent psycho-clinical rehabilitation of this group of patients.

Keywords: borderline personality disorder, addictive behavior, addiction, socialization, psychocorrection, family psychotherapy.

Аннотация: Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященной проблеме изучения роли семьи при реабилитации и коррекции аддиктивного поведения подростков при пограничном расстройстве личности. Отмечено, что родители играют решающую роль и могут рассматриваться как посредник или барьер в рамках всего процесса реабилитации и коррекции аддиктивного поведения подростков.

Выделены четыре основные проблемные направления: 1. Родители как источник аддиктивного поведения подростков. 2. Родители, пытающиеся уйти от ответственности за подростков с аддикциями. 3. Родители как активная часть реабилитационного процесса. 4. Родители как препятствие для эффективного ухода. Существует необходимость в конкретных вмешательствах, направленных на поддержку участия родителей в реабилитации. Более того, отмечена необходимость психотерапии членов мультипроблемных семей, а также коррекционной работы в отношении негативного восприятия и отношения родителей к своим детям-аддиктам с помощью многомерной семейной психотерапии.

Проведенное обобщающее исследование может быть полезным в концептуализации особенностей роли семьи в коррекции аддиктивного поведения у подростков с пограничным расстройством личности и системной логической модели последовательной психо-клинической реабилитации этой группы пациентов.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, аддиктивное поведение, аддикция, социализация, психокоррекция, семейная психотерапия.

Введение

Проблема аддиктивности в наибольшей степени касается подросткового возраста. В силу возрастных особенностей подросткам, как никаким другим возрастным категориям, присуще стремление к рискованному поведению [5]. Аддиктивное поведение может быть сложной и трудной для разрешения проблемой, особенно когда она сочетается с другим расстройством психического здоровья, таким как пограничное расстройство личности (ПРЛ), характеризующимся нестабильным настроением, самооценкой и отношениями [10]. Подростки с ПРЛ совершают рискованные поступки и с трудом контролирует свои чувства. У них присутству-

ет страх быть покинутыми и трудности в поддержании стабильных отношений [12].

Несколько рандомизированных клинических испытаний установили эффективность многомерной семейной терапии (МСТ) с подростками-аддиктами или с расстройством поведения [25]. МСТ признает центральную роль семьи в развитии и лечении проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ у подростков, и ее ориентация на вмешательство основана на эмпирических исследованиях, охватывающих нормативное развитие подростков и психопатологию развития. Подход рассматривает множественные подсистемы, в которых подростки живут как в контексте семьи, так и за его пределами [27].

В своем обзоре Schneider et al. приходят к выводу, что «влияние семейной системы жизненно важно для рассмотрения в рамках вмешательств для подростков», имеющих аддикции [32]. Но, хотя семьи являются мощными ресурсами для повышения эффективности лечения и восстановления среди подростков с аддикциями, они обычно не включаются в клиническую практику [4]. Тем не менее, принимая во внимание тенденцию к трансдиагностическому осмыслению проблем и механизмы взаимосвязи различных симптомов или диагнозов, а также продемонстрированную эффективность нескольких видов семейной терапии для лечения проблем с поведением подростков, семейные вмешательства следует рассматривать как жизнеспособную альтернативу адаптации, применения и исследования в отношении аддиктивного поведения на фоне ПРЛ [1].

Цель публикации: уточнить роль семьи в процессе реабилитации и коррекции аддиктивного поведения подростков при пограничном расстройстве личности.

Роли семейного участия в реабилитации подростков-аддиктов с ПРЛ

Основной вопрос, касающийся родительских ролей в психосоциальной помощи подросткам с ПРЛ, связан с участием родителей в реабилитационном и коррекционном процессе. Поскольку подростки не могут самостоятельно принимать решения о своем здоровье, родители играют решающую роль во всем процессе предоставления психосоциальной помощи своим детям. Предоставление помощи начинается со способности родителей распознавать проблемы и получать доступ к системе ухода, через готовность сотрудничать и придерживаться лечения до требуемых от психотерапии результатов [2].

С точки зрения фундаментальной науки и развития семья является основной единицей социализации детей, и хотя характер семейных отношений меняется в подростковом возрасте, важность развития отношений родитель-ребенок остается жизненно важной. С клинической точки зрения включение родителей в лечение основано на системной концептуализации клинических проблем (т.е. изучение множественных источников как хорошего функционирования, так и дисфункций и изучение поведения/проблем в контексте), и эта концептуализация проблемы поддерживается фундаментальной наукой – развитием проблемного поведения в молодом возрасте, приводящего к психопатологии [3].

Ни один фактор, по-видимому, не влияет на адаптацию подростков больше, чем качество семейных отношений, в частности, «чувство подростка связанности с родителями и семьей». Отношения между родителями и подростками влияют на развитие и профилактику рискованного поведения в отношении здоровья под-

ростков и защищают от различных внешних и внутренних проблемных форм поведения. В литературе, посвященной наркомании, качество семейных отношений и процесс воспитания детей рассматриваются как сильные защитные факторы от возникновения злоупотребления психоактивными веществами, особенно среди подростков [21].

Доказательства роли родителей в психосоциальной помощи подросткам в основном сосредоточены на поведении поиска оказываемой помощи и доступе к психокоррекции, и гораздо меньше они направлены на другие этапы процесса реабилитации. Родители являются важным источником информации для специалистов в раннем выявлении проблем у их детей [10]. Их неспособность распознать серьезность поведенческих проблем подростков, а также убедить подростка обратиться за помощью считается основными препятствиями в оказании своевременной психологической помощи аддиктам. Хотя подростки, сталкивающиеся с проблемами, ищут помощи из разных источников, таких как сверстники, друзья или учителя, родители являются наиболее влиятельным фактором в поведении и поиске необходимой психологической помощи в случае подростков с ПРЛ [4]. В связи с чем можно выделить несколько этапов, которые родители проходят в поиске помощи для своего ребенка с аддиктивным поведением:

- родители получают первоначальное понимание дистресса подростка,
- родители осознают, что проблема серьезна и требует внимания,
- родители рассматривают варианты помощи своим детям,
- родители принимают решение обратиться за услугами для коррекции и реабилитации подростка;
- родители обращаются за соответствующими услугами [8].

Только после этих шагов подросток, наконец, получает необходимую ему помощь.

Несколько исследований показывают важную роль родителей в регулярном посещении и соблюдении детской психотерапии или фармакотерапии. Другие исследования показывают, что родители осознают важность своей роли в реабилитации подростков, поскольку считают свои отношения с подростком наиболее важным внешним фактором в выздоровлении [22]. В дополнение к этому, метаанализ Sun et al. показал, что включение родителей в психотерапию подростка приносит дополнительную пользу реабилитации в плане максимизации ее долгосрочной эффективности [34]. Но при этом существует большая вероятность того, что родители могут создавать препятствия для оказания психологической помощи подростку с ПРЛ своим нежеланием принять диагноз, семейную дисфункцию или наличие травмы у

подростка в прошлом. В связи с этим можно выделить четыре тематических блока о роли семьи в реабилитации подростков-аддиктов с ПРЛ (рис. 1).

1. Родители могут быть источником проблем подростков по нескольким причинам. Неблагоприятная семейная обстановка является потенциальным источником проблем подростков. Многие подростки-аддикты с ПРЛ в той или иной степени живут в неблагоприятной семейной обстановке с психологическими проблемами у самих родителей. Тесно связаны с этим и плохие отношения между членами семьи. Во многих исследованиях была обнаружена связь неблагоприятного дет-

ского опыта (такого как насилие в семье, злоупотребление психоактивными веществами, развод и т. д.) с возникновением аддикций и ПРЛ [16, 24]. Более того, исследование Nanninga et al. показало, что психосоциальная помощь была связана с низкой поддержкой семьи и плохими родительскими навыками родителей [30]. Эта проблема также связана с наличием мультипроблемных семей, поскольку было обнаружено, что дети из таких семей имеют высокий риск развития психосоциальных проблем и становятся многопрофильными клиентами психосоциальной помощи [31]. Это указывает на серьезную проблему – эффек-

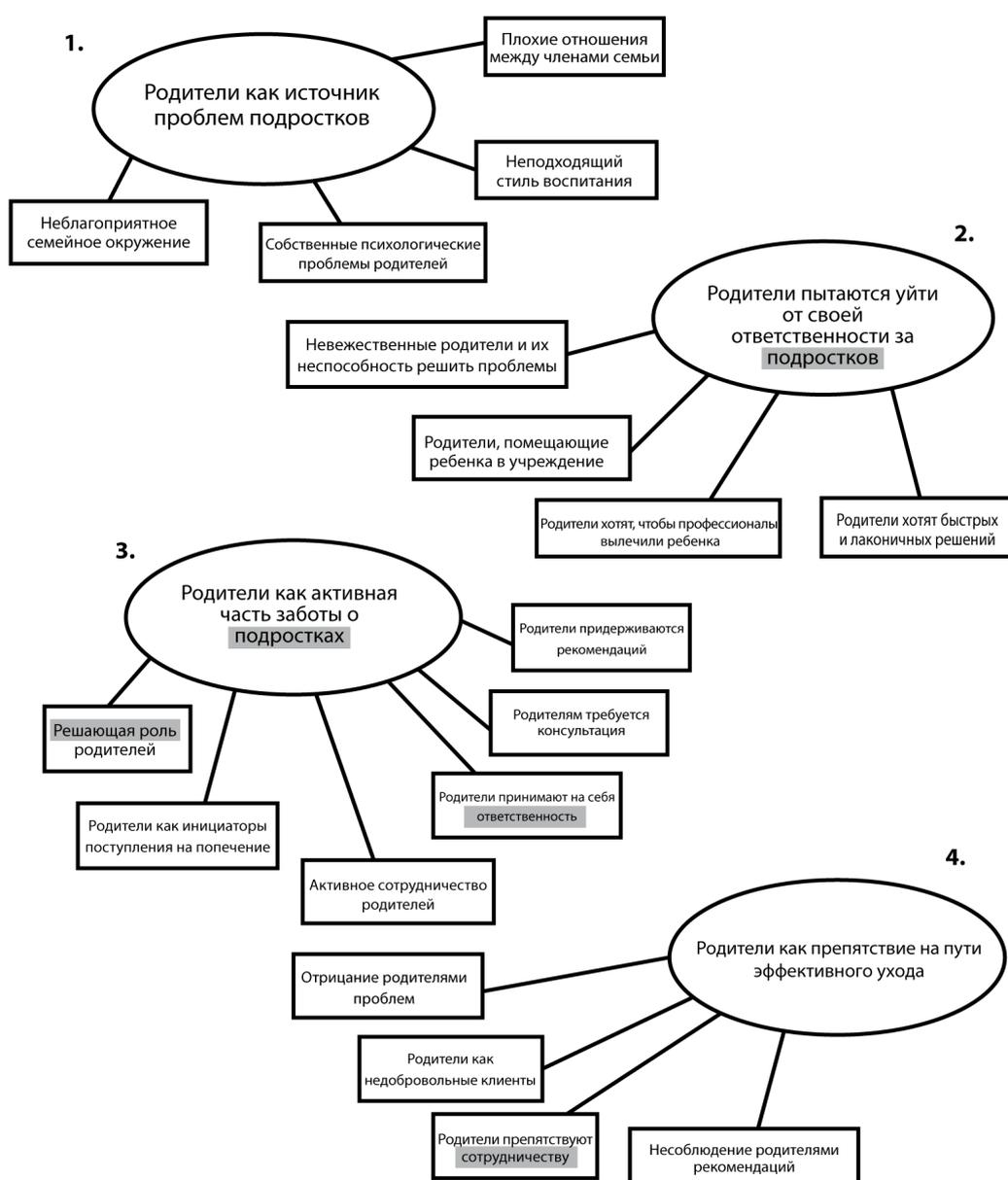


Рис.. 1. Тематические блоки о роли семьи в процессе реабилитации и коррекции аддиктивного поведения подростков при ПРЛ.

тивность реабилитации подростка снижается, когда проблемы в семье и ее функционировании остаются нерешенными. Однако, не совсем ясно, какие вмешательства эффективны при лечении мультипроблемных семей [17].

2. В некоторых случаях родители пытались избежать ответственности за своего собственного ребенка, подростка с проблемами. Наблюдается невежество родителей и их неспособность самостоятельно решать проблемы своего подростка. Это часто приводит к тому, что родители помещают ребенка в психиатрическое учреждение для длительного лечения по причине неспособности продолжать заботиться о подростке, или даже полностью отказываются от выполнения родительских обязанностей. Более того, некоторые родители просят о том, чтобы специалисты вылечили ребенка без каких-либо усилий и участия с их стороны. Родители могут перекладывать ответственность за проблемы подростков на психотерапевта, желая быстрых и коротких решений проблем своих детей. Это показывает необходимость понимания того, почему родители пытаются уйти от своей ответственности. Понимание этих причин и механизмов может помочь в работе с такими родителями.
3. Активное участие родителей во всем процессе ухода имеет решающее значение; родители принимают на себя ответственность за сложившуюся ситуацию и играют доминирующую роль в процессе реабилитации подростка, через оценку проблем и лечение, предоставление информированного согласия или нет, постановку целей ухода совместно со специалистом и т.д. Во время реабилитации родители играют важную роль в соблюдении подростками рекомендаций специалистов. Эффективная коммуникация между родителем и психотерапевтом была связана с родительской удовлетворенностью, а приверженность лечению и коммуникация воспринимались как наиболее важный фактор ухода как для родителей, так и для подростков [20]. Обучение и совместное психотерапевтическое лечение может помочь достичь улучшения отношений между родителями и подростками. Эта тема внесла значительный вклад в понимание того, насколько важно вовлекать родителей в реабилитацию.
4. В отличие от активно вовлеченных родителей, в некоторых случаях родители являются потенциальным препятствием для реабилитации подростка-аддикта. На этапе обращения за помощью родители могут отрицать проблему, что мешает организации реабилитационного процесса. Родители могут быть немотивированные к сотрудничеству, мало доверяющие или вообще не доверяющие профессионалам и боящиеся, что их лишат родительских прав.

Родители также могут не соблюдать рекомендации по режиму или уходу за подростком. Некоторые из них не желают менять собственное поведение, когда оно было обнаружено как часть проблемы, имеют слабую или отсутствие мотивации к сотрудничеству и отказываются от использования психотерапии, госпитализации или других предложенных процедур.

Родительский страх стигмы был определен как один из барьеров реабилитационного процесса. Более того, у родителей могут возникнуть негативные представления и ожидания в отношении реабилитации в области психического здоровья и отсутствие доверия к психотерапевтическим методикам [27]. Эти результаты показывают потенциальные негативные последствия представлений и ожиданий семей. Еще одним объяснением является то, что родители перегружены работой и испытывают дефицит времени для посещения психотерапевтических занятий. Учитывая все вышеизложенное, можно сделать вывод, что в поддержке нуждаются не только подростки, но и их родители.

Применение МСТ в реабилитации подростков-аддиктов с ПРЛ

Что касается самого процесса психотерапии, то аддиктивное поведение связано с плохими семейными отношениями, а позитивные отношения между родителями и детьми были признаны защитными факторами против аддикций. Подростки с аддикциями, как правило, из менее теплых, менее сплоченных семей, а отсутствие родительской поддержки и низкая отцовская адаптивность связаны с ПРЛ и аддиктивным поведением подростка. Таким образом, качество отношений между родителями и подростками является согласованной поведенческой целью в программах вмешательства реабилитации аддикций, учитывая его центральное значение для развития здоровья подростка и приобретения основных жизненных навыков (например, регуляции эмоций) [8].

За последнее десятилетие несколько обзоров литературы и метааналитических исследований подчеркнули эффективность семейного лечения аддикций на протяжении всей жизни. Семейное лечение направлено на семейные навыки (например, общение, преодоление трудностей, решение проблем), семейные отношения и процессы, а также отношения членов семьи с ключевыми внесемейными лицами и системами. Метаанализ 45 рандомизированных и квазиэкспериментальных исследований подростков, показал, что семейные модели преобладали почти в каждом сравнении, включая тесты против других эмпирически подтвержденных моделей. Ногие А. и соавт. пришли к выводу, что семейная терапия является хорошо зарекомендовавшим себя амбулаторным подходом к подростковому расстройству поведения, который накопил самую большую доказательную

базу по сравнению со всеми другими подходами [18]. Ariss T. и Fairbairn С.Е. обнаружили, что семейное лечение показало последовательное воздействие в зависимости от возраста подростка, других характеристик и моделей реабилитации. Более того, как семейная, так и парная психотерапия приносят пользу при аддиктивном поведении, независимо от того, предоставляются ли они как исключительное лечение или как часть многокомпонентной программы реабилитации [13].

В этом ключе, возможно, будет полезно вспомнить, что семейная терапия изначально стремилась сформулировать теорию и практику для изменения дисфункциональных транзактных семейных моделей, которые связаны с развитием проблемного поведения. Параллельно и пересекаясь с целью транзактных изменений, проводятся индивидуальные сеансы с родителем(ями) и с подростком, которые также затрагивают отношения родитель-подросток и более «индивидуальные» аспекты жизни каждого члена семьи (например, функционирование родителя как личности, за пределами его роли родителя; функционирование подростка в нескольких сферах развития, таких как идентичность, отношения со сверстниками и регулирование эмоций). Более того, методы поведенческого наблюдения показывают улучшение функционирования семьи (например, снижение семейных конфликтов и повышение сплоченности семьи) в большей степени при использовании МСТ, чем при использовании других методов лечения, причем эти преимущества сохранялись при последующем наблюдении через год [27].

Подростки, воспитанные в авторитетных семьях, постоянно демонстрируют больше защитного поведения и меньше рискованного поведения, чем подростки из неавторитетных семей. Стили воспитания и поведение, связанные с теплотой, общением и дисциплинарными практиками, предсказывают важные результаты, включая психосоциальную адаптацию. Основываясь на эмпирических данных, которые показали, что практики воспитания улучшаются при МСТ, она кажется многообещающей семейной терапией для аддиктов. В базовом подходе МСТ психотерапевты активно направляют, тренируют и формируют более позитивный и конструктивный семейный обмен во время семейных сессий. Кроме того, на сессиях с родителями психотерапевты фокусируются на установлении адекватных возрастных правил и поведенческом следовании этим правилам с соответствующими последствиями [26].

Исследования и теории развития предполагают, что основным компонентом успешного развития детей является обучение тому, как регулировать эмоциональные реакции и связанное с ними поведение социально приемлемыми и адаптивными способами хорошо известна [33]. Эмоциональные переживания являются од-

ной из основ самости и позволяют субъектам вступать в отношения с окружающим миром. Достижение эмоциональной самодостаточности и автономии является важнейшей вехой подросткового возраста. Подросткам необходимо регулировать эмоции независимо от их объектов привязанности.

Развивающаяся теория вмешательства предполагает, что для некоторых подростков с ПРЛ аддиктивное поведение является неадаптивной стратегией, используемой для преодоления индивидуальных и семейных трудностей. Чрезмерное увлечение чем-либо можно рассматривать как стратегию побега или, как экспериментальное избегание болезненных аспектов реальной жизни. Эта клиническая точка зрения соответствует четырехфакторной модели познания, предложенной King D.L. и Delfabbro P.H. [23].

Учитывая это, психотерапевтические терапевтические стратегии должны создавать атмосферу доверия, чтобы позволить подростку связываться с эмоциями, выражать их и развивать улучшенное поведение регуляции. Эта и другие проблемы развития не все являются внутриличностными или индивидуальными (т. е. рассматриваются как индивидуальные компетенции подростка). Критический вывод исследования развития, имеющих важные клинические последствия, заключается в том, что родители играют фундаментальную роль в навыках регуляции эмоций, которые необходимо приобрести подростку. Нарушенные отношения между родителями и подростками могут помешать приобретению регуляции эмоций и поддерживать дисфункциональную дистанцию (или близость) между родителями и подростком. Таким образом, необходимо восстановить отношения или привязанность, чтобы способствовать приобретению эмоциональных навыков и на этой основе инвестировать в исследование окружающего мира. Для этого родителям важно помочь подростку-аддикту определить и выразить то, что он чувствует, начать думать о разных способах регулирования эмоций. Например, когда подросток терпит неудачу в чем-либо и становится агрессивным и жестоким, родители могут помочь подростку открыть разные способы выражения своего разочарования, гнева и фрустрации. Разговаривая таким образом, родители сдерживают эмоции, которые испытывает подросток во время неудачи, и помогают ему найти разные способы выражения, контроля и регулирования своих эмоций. Каждое возбуждение, каждое ощущение, каждая эмоция, которую подросток испытывает, должны найти смысл, и подростку нужны слова, чтобы описать то, что он испытывает. Благодаря языку (а значит, благодаря смыслу) подросток сможет развить критическую дистанцию в отношении аддиктивного поведения как рефлексивный противовес его силе притяжения.

Одним из наиболее надежных выводов в литературе

по лечению подросткового аддиктивного поведения является то, что удержание в терапии имеет важное значение для получения успешного результата реабилитации [11]. Тем не менее, подростки, как правило, неохотно идут на психотерапевтические сеансы, противятся лечению, а отсутствие вовлеченности одного из членов семьи в терапевтический процесс может иметь пагубное влияние на весь опыт семьи.

Несколько эмпирических исследований показали, что семейная терапия более эффективна, чем другие хорошо зарекомендовавшие себя методы лечения подростковой зависимости с точки зрения вовлеченности и удержания подростка в терапии [14]. Члены семьи, особенно родители, играют важную роль в содействии процессу изменений подростка и повышают успешность лечения, особенно для нежелающих проходить реабилитацию подростков.

Родители с зависимым подростком обескуражены, истощены, подавлены и чувствуют, что они перепробовали все и что больше ничего не работает. Тем не менее, терапевтическое отношение МСТ оптимистично настроено в отношении изменений, сосредоточено на сильных сторонах и энергично, что демонстрируется в том, как психотерапевт устанавливает множественные терапевтические альянсы с разными членами семьи. Терапевтический альянс является одним из важнейших предикторов терапевтических результатов, и исследования показали отрицательную связь между качеством терапевтического альянса с подростком и прекращением терапии. Прочность альянса, по-видимому, влияет на результат лечения. Включение родителей в лечение меняет негативное восприятие подростка. Это позволяет подростку выйти из положения идентифицированного пациента, избегая понятия единоличной ответственности за ситуацию. Включение родителей в терапию позволяет подростку почувствовать, что он не единственный «виновник» ситуации, что приносит ему облегчение. Это дает всем членам семьи возможность действовать сообща. Иногда привлечение родителей может быть единственным способом поддерживать подростка в длительной реабилитации. Поэтому одной из главных задач для семейных психотерапевтов является одновременное участие в нескольких терапевтических альянсах и привлечение нескольких членов семьи, которые могут находиться в конфликте друг с другом и иметь разный уровень мотивации к лечению. Одной из особенностей МСТ является то, что психотерапевт работает с семейной системой, а также с подсистемами родителей с одной стороны и подростка с другой. Эта работа способствует построению терапевтических альянсов, когда семьи находятся в кризисе, что имеет место почти во всех семьях с подростком-аддиктом. В случае всей семьи риск заключается в том, чтобы заключить альянс с одним или другим и воспроизвести в терапии то, что они пережива-

ют ежедневно.

Когда родители обращаются за терапией, они в основном жалуются на препятствия, с которыми сталкиваются, пытаясь регулировать поведение подростка. Это означает, что им трудно продемонстрировать свою власть, устанавливать четкие правила и обеспечивать их соблюдение. Сложность решения этой проблемы может привести к тому, что родители почувствуют себя виноватыми, потеряют уверенность в своих родительских способностях и откажутся от терапии. Таким образом, психотерапевт должен снизить риск отказа. В МСТ одной из основных задач первой стадии подсистемной работы с родителями является заставить их почувствовать, что они полезны и влиятельны в жизни своих подростков, вовлечь их в процесс реабилитации. Цель состоит в том, чтобы прервать цикл поражения, отчаяния и эмоционального дистанцирования, который испытывают родители, и возродить их надежды, мечты, связь и стремления в отношении своих подростков. Терапевту МСТ необходимо создать процессы внутри и между членами семьи, которые являются составляющими изменений. Один из этих процессов заключается в том, чтобы позволить родителям по-настоящему пережить то, что они пережили. Медленно, постепенно, с сочувствием, надеждой и новыми перспективами ситуации, терапевт МСТ связывает родителей с их болью и страданиями в прошлых и текущих ситуациях, что, в свою очередь, способствует повторному соединению родителей с их любовью и заботой о своем ребенке.

Вовлеченность, которая является ключом к изменению, может быть определена как взаимодействие с собой, а для родителя – как потенциальное взаимодействие или повторное взаимодействие со своим подростком. Кроме того, родителям необходимо осознать и восстановить связь со своими родительскими навыками. Терапевт ищет и развивает примеры родительских практик, которые были успешными. Как рекомендовано на первом этапе МСТ («Создание фундамента»), эти повседневные родительские действия становятся платформой для работы над новыми правилами (этап 2: «Быстрые действия и изменения»). Здесь психотерапевт может расширить знания родителей об эффективных родительских практиках, а затем практиковать их. Это означает, что родители перейдут от логики «все или ничего» к логике переговоров и совместного строительства. Подобно детям, подросткам нужны правила и ограничения, потому что структура заставляет их чувствовать себя в безопасности. Дети постепенно развивают способность управлять собой: они приобретают этот навык, и родители играют важную роль в этом процессе обучения до позднего подросткового возраста.

Совместное решение проблем является наиболее эффективной стратегией разрешения конфликта. Чтобы

достичь позитивных отношений между родителями и подростками, родителям необходимо постепенно трансформировать использование власти с одностороннего подхода к кооперативному совместному построению. Клинический опыт показывает, что переход от авторитарного контроля к совместной позиции родителей и подростков требует времени для установления и устоя. Время и построение доверительных отношений являются основными проблемами, когда родители просят быстрых изменений и могут не захотеть ждать столько, сколько необходимо. Установление изменений в семье – это пошаговое начинание с промежуточными фазами, которые могут показаться дисфункциональными. Действительно, подросток охотно подчинится договору, если он чувствует, что его ценят, и, если он согласен с правилами договора.

Оборонительная позиция и взаимные обвинения характерны для ранних бесед с семьями подростков с аддикциями. С одной стороны, родители склонны критиковать и осуждать своего подростка; с другой стороны, подросток склонен либо молчать, либо быть агрессивным. Аддиктивное поведение происходит внутри семьи и, следовательно, оказывает сильное влияние на ее функционирование. Это показывает, насколько необходимо нацеливаться на семейные отношения и повседневное общение. Сильное негативное отношение к подростку и его расстройству может быть довольно устойчивым к реабилитации семейным атрибутом. Когда эти негативные обмены продолжаются, члены семьи чувствуют безнадежность относительно изменений и неудовлетворенность терапией, а вероятность несоблюдения режима и раннего прекращения терапии увеличивается [12]. Клинически хроническое негативное эмоциональное выражение во время сеансов может быть связано с плохим результатом психотерапии. В МТС терапевт напрямую способствует изменению отношений между родителями и подростками посредством разыгрывания. В МСТ разыгрывание дает экологическую картину существующих семейных отношений и технику для формирования новых видов семейных взаимодействий. Таким образом, на первом этапе МСТ терапевт работает над восстановлением связи между членами семьи и, в частности, над эмоциональным восстановлением связи. Вмешательства в родительские отношения направлены на сокращение эмоциональной дистанции между родителями и подростком – и, в частности, на восстановление отношений привязанности – и уменьшение чрезмерного конфликта и негативного аффекта. Снижение отрицательного эмоционального заряда воссоединит членов семьи. Для этого психотерапевту необходимо выделить время на построение терапевтического альянса с подростком и с родителями в одиночку. Терапевту необходимо встретиться с родителями наедине, чтобы услышать и эмпатически подтвердить их страдания и переживания. Терапевту важно быть осторожным, чтобы не реагиро-

вать немедленно на их просьбу о разрешении проблемы. Спешка к переменам и слишком быстрое вовлечение в решение проблем подрывают построение терапевтического альянса и увеличивают вероятность прекращения психотерапии. Терапевт не сможет установить решение проблем в системе отношений, если не произойдет никаких изменений в эмоциональном климате семьи. Родители не смогут попробовать новые образовательные модели поведения или практики, если их эмоциональная вовлеченность низкая. Однако терапевт может помочь родителям в ментализации ума ребенка и описать родителям возможность взглянуть на вещи с другой точки зрения. Общение не может быть восстановлено, если существует значительная эмоциональная дистанция между родителем и подростком и эмоциональный климат, полный враждебности и разочарования.

Прежде чем просить об изменениях, родителям необходимо выяснить, что на самом деле у их ребенка на уме. Более того, подростки обычно делают противоположное тому, что рекомендуют их родители, поэтому чем больше родители будут критиковать или даже запрещать, тем больше подросток будет вовлечен в аддикцию. Таким образом, родители должны быть квалифицированными. Это позволит родителям: восстановить общение со своим подростком, найти способ узнать его лучше, увидеть его в другом свете и изменить (негативное) восприятие своего подростка, найти способ повысить ценность своего подростка. Эта работа (наряду с другими психотерапевтическими вмешательствами) будет способствовать переходу от эмоционального климата, полного негативных эмоций (например, гнева, разочарования, страха перед будущим и беспокойства), к эмоциональному климату, полному позитивных эмоций (любви, надежды, гордости и доброты). Этот клинический вызов является важнейшим предварительным условием перед перспективой изменений. Действительно, исследования механизма изменения МСТ показали, что улучшения в аспектах семейной системы, имеющих значение для развития (методы воспитания и, в частности, негативное родительское поведение), связаны с изменениями на критическом уровне интереса – снижением подростковых симптомов ПРЛ, включая аддиктивное поведение.

Заключение

Значительные пробелы и препятствия для вовлечения семей в услуги реабилитации аддиктивного поведения для подростков с ПРЛ существуют на нескольких уровнях. Семьи могут играть роль в возникновении или поддержании («способствовании») аддикций, родители в большей доле случаев не имеют навыков или мотивации для участия в реабилитации ребенка. Психотерапевты часто не учитывают приоритет работе с семьей или планированию совместной с семьей реабилитации

подростка. А сами семьи испытывают нехватку ресурсов, низкую уверенность и связанную со стигмой сдержанность в отношении взаимодействия с системами реабилитации аддиктивного поведения.

Семейная психотерапия и, в частности, терапия с многомерной концепцией могут быть очень многообещающими в реабилитации подростка-аддикта с ПРЛ. Ос-

новой психотерапии подростка-аддикта, согласно МСТ, является активное участие в процессе реабилитации членов его семьи. Первоначально разработанная для подростков с расстройством употребления психоактивных веществ и признанная в качестве лечения на основе фактических данных, МСТ представляется как релевантная модель лечения для подростков с ПРЛ и с аддиктивным поведением любого генеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агирбова Д.М. Психологические особенности формирования аддиктивного поведения среди подростков / Д.М. Агирбова, К.Ш. Хубиева // Тенденции развития науки и образования. – 2024. – № 106-2. – С. 120-122. – DOI 10.18411/trnio-02-2024-96.
2. Дмитриева Н.В. Психология аддиктивного поведения / Н.В. Дмитриева, Д.В. Четвериков. – Новосибирск, 2012. – 287 с.
3. Дольто Ф. На стороне подростка: монография / пер. с англ. А. К. Борисова. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2020. – 424 с.
4. Дружинин В.Н. Психология семьи: монография. СПб.: Питер, 2006. 3-е изд. – 176 с.
5. Короленко Ц.П. Процессные аддикции. Психодинамический анализ / Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс, И.В. Турчанинова. – Новосибирск: Немо Пресс, 2019. – 255 с.
6. Короленко Ц.П. Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Олсиб, 2001. – 251 с.
7. Покровская С.В. Представление о личностных особенностях у подростков, склонных к аддиктивному поведению / С.В. Покровская, Т.В. Пугачева // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук - 2022. – № 3 (86). – С. 68-72.
8. Раскумандрина М.Е. Детско-родительские отношения и формирование личности подростка / М. Е. Раскумандрина // Развитие человека в современном мире. – 2024. – № 1. – С. 81-93. – EDN P1NWWY.
9. Руководство по аддиктологии / Под. ред. Д.Ф. Менделевича. – СПб. Речь: 2014. – 768 с.
10. Шадриков В.Д. Мир внутренней жизни человека: монография. М.: Университетская книга; Логос, 2010. – 392 с.
11. Шнейдер Л.Б. Семья: оглядываясь вперед: монография. СПб.: Питер, 2013. – 368 с.
12. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб.: Речь, 2006. 2-е изд., испр. и доп. – 352 с.
13. Ariss T., Fairbairn C.E. The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2020;88(6):526-540. doi:10.1037/ccp0000495
14. Becker K.D., Boustani M., Gellatly R., Chorpita B.F. Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47(1):1-23. doi:10.1080/15374416.2017.1326121
15. Bonnaire C., Liddle H.A., Har A., Nielsen P., Phan O. Why and how to include parents in the treatment of adolescents presenting Internet gaming disorder? *J Behav Addict.* 2019 Jun 1;8(2):201-212. doi: 10.1556/2006.8.2019.27.
16. Connolly E.J., Kavish N. The Causal Relationship between Childhood Adversity and Developmental Trajectories of Delinquency: A Consideration of Genetic and Environmental Confounds. *J Youth Adolesc.* 2019;48(2):199-211. doi:10.1007/s10964-018-0960-0
17. Evenboer K.E., Reijneveld S.A., Jansen D.E. Improving care for multi-problem families: context-specific effectiveness of interventions? *Child Youth Serv.* 2018; Rev. 88, 274–285. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.03.024
18. Hogue A., Becker S.J., Wenzel K., Henderson C.E., Bobek M., Levy S., Fishman M. Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: Research bedrocks and opportunities. *J Subst Abuse Treat.* 202; Oct;129:108402. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108402.
19. Hogue A., Henderson C.E., Becker S.J., Knight D.K. Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47(4):499-526. doi:10.1080/15374416.2018.1466307
20. Jager M., De Winter A.F., Metselaar J., Knorth E.J., Reijneveld S.A. Priorities in the communication needs of adolescents with psychosocial problems and their parents. *Health Expect.* 2015;18(6):2811-2824. doi:10.1111/hex.12259
21. Keijsers L. Parental monitoring and adolescent problem behaviors: How much do we really know? *International Journal of Behavioral Development*, 2016; 40(3), 271–281. doi: 10.1177/0165025415592515
22. Kelly M., Coughlan B. A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child Adolesc Ment Health.* 2019; 24(2):161-169. doi:10.1111/camh.12300
23. King D.L., Delfabbro P.H. The Cognitive Psychopathology of Internet Gaming Disorder in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2016;44(8):1635-1645. doi:10.1007/s10802-016-0135-y
24. Lackova Rebicova M., Dankulincova Veselska Z., Husarova D., Madarasova Geckova A., van Dijk J.P., Reijneveld S.A. The Number of Adverse Childhood Experiences Is Associated with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(13):2446. doi:10.3390/ijerph16132446
25. Liddle H., Rigter H. How developmental research and contextual theory drive clinical work with adolescents with addiction. *Harv Rev Psychiatry.* 2013;21(4):200-204. doi:10.1097/HRP.0b013e31829aaa6b
26. Liddle H.A. Multidimensional family therapy. In Sexton T.L., Lebow J. (Eds.), *Handbook of family therapy.* New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group, 2016. Pp. 231-249.

27. Liddle H.A., Dakof G.A., Parker K., Diamond G.S., Barrett K., Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001; 27(4):651-688. doi:10.1081/ada-100107661
28. Liddle H.A. Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Fam Process*. 2016; 55(3):558-576. doi:10.1111/famp.12243
29. Mackova J., Veselska Z.D., Geckova A.M., Jansen D.E.M.C., van Dijk J.P., Reijneveld S.A. The role of parents in the care for adolescents suffering from emotional and behavioral problems. *Front. Psychol*. 2022; 13:1049247. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1049247
30. Nanninga M., Jansen D.E., Knorth E.J., Reijneveld S.A. Enrolment of children and adolescents in psychosocial care: more likely with low family social support and poor parenting skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24(4):407-416. doi:10.1007/s00787-014-0590-3
31. Pannebaker N.M., Kocken P.L., van Dommelen P., van Mourik K., Reis R., Reijneveld S.A., Numans M.E. Care use and its intensity in children with complex problems are related to varying child and family factors: A follow-up study. *PLoS One*. 2020 May 6;15(5): e0231620. doi: 10.1371/journal.pone.0231620
32. Schneider L.A., King D.L., Delfabbro P.H. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict*. 2017; 6(3):321-333. doi:10.1556/2006.6.2017.035
33. Sloan E., Hall K., Moulding R., Bryce S., Mildred H., Staiger P.K. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017; 57:141-163. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.002
34. Sun M., Rith-Najarian L.R., Williamson T.J., Chorpita B.F. Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019; 48(sup1): S269-S283. doi:10.1080/15374416.2018.1443459.

© Алёхин Анатолий Николаевич (termez59@mail.ru), Исагулова Елена Юрьевна (9477877@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»