

Т.О. Арчакова¹

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С СЕМЬЯМИ «ГРУППЫ РИСКА»: ОТ КВАЗИЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДО РАВНОПРАВНОГО ПАРТНЕРСТВА

Аннотация. В статье рассматривается оценка эффективности работы психолога с семьями «группы риска» на трех уровнях: работы с родителями как отдельными клиентами, междисциплинарного сопровождения семьи по технологии «работа со случаем» и групповых программ развития родительских навыков. Акцент сделан на оценке сотрудничества клиента и терапевта, дающей клиенту возможность быть услышанным и влиять на ход работы; представлены методы коллаборационистской оценки: консолидирующее интервью, Шкалы оценки результатов и оценки сессий. Описаны некоторые проблемы, снижающие эффективность работы психолога с семьями «группы риска» и роль оценки в их решении. Представлены данные о том, какие методы и формы работы с семьями «группы риска» подтвердили свою эффективность.

Ключевые слова: семьи «группы риска», коллаборативный подход, работа со случаем, программы развития родительских навыков, научно-обоснованная практика

Введение

Семьями «группы риска» в данной статье называются семьи, где для детей существует угроза социального сиротства: родители в них по разным причинам не могут в достаточной мере заботиться о детях и/или применяют жестокие воспитательные меры или считают, что не справляются с трудностями, и сами готовы поместить ребенка под опеку государства. Обычно у таких семей есть не менее трех-четырех серьезных проблем в разных сферах жизни – не только психологических, но и материальных, социальных, правовых, жилищных или медицинских.

Работа психолога, об оценке эффективности которой пойдет речь, может быть направлена на развитие родительских навыков и укрепление привязанности, родительско-детских отношений, помощь родителю в преодолении тревоги и депрессии, в поддержке

¹ Арчакова Татьяна Олеговна, Россия, Москва, психолог благотворительного детского фонда «Виктория».

способности влиять на свою жизнь, а ребенку – в успешном решении задач развития, несмотря на ограниченность ресурсов.

Работа психолога по профилактике социального сиротства имеет ряд отличий от «обычной» работы с проблематикой родительско-детских отношений. Среди таких отличий часто выделяют отсутствие добровольного обращения семьи за помощью и дисбаланс власти, при котором психолог и смежные специалисты выступают как эксперты, оценивающие «качество» родительства и даже принимающие решения о будущем ребенка. Однако и сам психолог работает в специфическом организационном контексте: он должен руководствоваться рядом законов и нормативных положений по защите прав ребенка и поддержке семьи, а его профессиональная деятельность осуществляется на основе определенного социального заказа.

В такой ситуации оценка эффективности работы психолога важна как для самих клиентов – родители и дети в трудной жизненной ситуации не имеют возможностей для длительной работы, они нуждаются в быстрых и практичных изменениях – так и для государственных или некоммерческих организаций, оказывающих эту помощь.

По мнению П.М. Лопес, можно выделить следующие компоненты оценки эффективности работы с семьями в трудной жизненной ситуации [23]:

1. Квазиэкспериментальные рандомизированные исследования программ или методик помощи с использованием контрольной группы.

2. Оценка, сфокусированная на использовании ресурсов (*utilization-focused evaluation*) относится к сфере оценки проектов, а не научных исследований. Она позволяет принимать решения по поводу распространения новых программ и методик, обучения специалистов, а также делать более прозрачным процесс использования ресурсов при оказании психологической помощи семьям.

3. Исследования в действии (*action research*) и оценка при участии клиентов (*participatory evaluation*) помогают вовлекать благополучателей и местное сообщество в процесс развития программы, давая им возможности и инструменты для того, чтобы давать обратную связь о программах помощи, использовать имеющиеся у них знания для улучшения этих программ.

4. Разработка стандартов профессиональной деятельности в сфере помощи семьям на основе анализа эффективных практик. Показателем качества работы программы становится соответствие этим стандартам. Работа по разработке стандартов в социальной сфере активно ведется сейчас в России в форме создания *профессиональных стандартов* (например, «Специалист по работе с семьей») Министерством труда и социальной защиты РФ и описания *стандартов социальных услуг* по профилактике сиротства Национальным фондом защиты детей от жестокого обращения.

Данная статья не является систематическим обзором. В ней предпринята попытка ответить на вопросы: какие существуют взгляды на оценку эффективности работы психолога с семьями «группы риска» и какую роль такая оценка играет не только для специалиста, но и для клиента? В ходе изложения мы отчасти отвечаем на вопрос, что же показали исследования эффективности, что работает с семьями «группы риска». Можно заметить, что эти вопросы относятся к разным компонентам оценки, перечисленным выше.

Мы будем учитывать эту классификацию, но обсуждение оценки эффективности работы психолога с семьями «группы риска» в этой статье строится не на ней, а на выделении трех уровней – от индивидуального к групповому:

1. Индивидуальная работа психолога с родителями и детьми.
2. Работа психолога в междисциплинарной команде по технологии «работа со случаем».
3. Групповые программы развития родительских навыков.

Индивидуальная работа психолога с родителями и детьми

Существует большое количество подходов к оценке эффективности психотерапии и консультирования, основанных на оценках самого терапевта, клиента, внешнего наблюдателя, изменений физиологических параметров или социального окружения клиента. Но даже у надежных и валидных методов есть серьезный недостаток: их методологическая сложность, длительность проведения, а при привлечении внешних экспертов – еще и стоимость становятся барьером к их использованию [27; 28]. Например, Дж. Браун с соавторами [11] выяснили, что большинство терапевтов вообще не рассматривают перспективу использования методик оценки эффективности, если

для их заполнения, подсчета баллов и их содержательной интерпретации требуется более 5 минут [11]. В качестве ответа на эту проблему исследовательская группа под руководством Ск. Миллера и Б. Дункана, работающих в рамках краткосрочной терапии, разработала Шкалу оценки результатов (Outcome Rating Scale, ORS)¹.

Исследования Дж. Крупника и его коллег свидетельствуют о ключевой роли «хорошего» рабочего альянса для успешности терапии [20]. При этом инструментов именно для оценки сотрудничества с терапевтом в ходе сессии практически не существовало, пока та же команда не разработала Шкалу оценки сессий (Session Rating Scale, SRS) [27; 28]. Восприятие качества терапевтических отношений – это субъективное переживание, которое никто, кроме самого клиента оценить не может; введение этого измерения в оценку отражает тенденцию в развитии современной психотерапии: давать клиенту гораздо больше контроля над происходящим.

Интересно, что апробация Шкал оценки результатов и оценки сессий проходила как раз в Центрах помощи семье в США, работающих с родителями «группы риска»: бездомными, страдающими от семейного насилия или психиатрических проблем.

Почему направленность терапевта на сотрудничество так важна для семей «группы риска»? Такие семьи обычно рассматриваются как сложные клиенты. Для них характерны «отсутствие обеспокоенности и равнодушие к традиционным методам семейной или индивидуальной терапии», «агрессивное и саморазрушительное поведение», а «состояние кризиса становится для них нормой существования», в результате чего они не соблюдают договоренности, избегают сотрудничества со специалистами или переключают на него ответственность за происходящее в семье [7, с. 36-39].

Значительная часть «претензий» к семьям «группы риска» связана с их пассивной позицией по отношению к изменениям и/или сопротивлением им. Однако более скрупулезное исследование показывает, что «пассивность» охватывает не все сферы жизни. Например, изучение активности матерей детей-инвалидов показало, что локус контроля у родителей может быть разным в разных контекстах. Мать, не готовая отстаивать права своего ребенка на образование и терпеливо ждущая изменений законодательства «сверху»

¹ Скачать официальную русскую версию Outcome Rating Scale и Session Rating Scale можно на сайте <http://www.scottdmiller.com/srs-ors-license>.

(внешний локус контроля), может при этом активно заниматься медицинской реабилитацией и развивающими занятиями, полностью взяв на себя ответственность за достигаемые улучшения (внутренний локус контроля) [6].

Значительный вклад в успех терапии для любых клиентов вносят так называемые «общие факторы»: эмпатия, поддержка, безопасность отношений. Для родителей из семей «групп риска» эти факторы могут играть особую роль – работа с психологом становится первым опытом индивидуального внимания, принятия и интереса к ним, как к людям. Поэтому иногда важно развести удовлетворенность рабочими отношениями с терапевтом и оценку клиентом изменений, происходящих в его жизни, в отношениях с детьми. В то же время нельзя недооценивать саму способность к установлению таких отношений и навыки обращения за помощью.

Среди достоинств оценки при помощи шкалирования – быстрота применения (при традиционно большой нагрузке психологов и социальных работников, помогающих семьям «группы риска») и простота для самих клиентов (можно обойтись даже без школьного образования, в том числе, заменяя баллы точками на шкале «как было» и «как стало»). Это дает возможность использовать шкалу оценки после каждой встречи и, следовательно, повышает вероятность того, что следующая встреча тоже состоится – это особенно важно, если родители обратились к психологу не добровольно, а по настоятельной просьбе контролирующей их организации или под давлением социального окружения. В некоторых подходах, например, в ориентированной на решение краткосрочной терапии, шкалирование активно используется в самых разных контекстах. Однако этим методом возможности оценки сотрудничества с терапевтом для семей «групп риска» не ограничиваются.

У. Мэдсен, основатель Проекта семейно-центрированных служб (Family-Centered Services Project¹), предложил меры по «переводу» рабочей документации, в том числе, отчетности консультирующего психолога с «бюрократического» языка на язык сотрудничества с клиентом. В качестве инструмента для оценки качества работы он предлагает итоговое «консолидирующее интервью». Однако это интервью направлено в первую очередь на пересмотр и оценку

¹ Официальный сайт проекта: <http://www.family-centered-services.org>.

клиентом той работы, которую он **сам** проделал в партнерстве с терапевтом.

На этом моменте следует остановиться особо. Предлагая родителям «группы риска», которым в жизни мешают выученная беспомощность и низкая самооценка и которые часто оказываются в изоляции, мы рискуем получить либо неискренние положительные отзывы (ведь критиковать – страшно), либо искреннюю благодарность – но не за какие-то аспекты работы, помогавшие двигаться в желаемом направлении, а просто за то, что мы были рядом. Другими словами, для таких клиентов оценить работу специалиста не всегда является «наделением властью над своей жизнью» (empowerment) и не всегда способствует развитию рефлексии. Вопросы о том, чего добилась сама семья при поддержке специалиста, могут оказаться более продуктивными для этих целей.

У. Мэдсен включил в консолидирующее интервью следующие группы вопросов [4]:

- вопросы о пройденном пути (например, *Что больше всего вас беспокоило в начале нашей совместной работы? Когда вы сравниваете влияние проблем на вашу жизнь тогда и сейчас, что вы замечаете?*);

- вопросы, направленные на восстановление авторской позиции (например, *Какие шаги вы предприняли, чтобы настолько изменить степень влияния проблемы на вашу жизнь? Какие новые изменения могут произойти с опорой на то, чего вы уже достигли?*);

- вопросы о распространении хороших вестей (например, *Кому важно было бы сообщить о тех изменениях, которых вы достигли?*);

- вопросы о возможном возвращении проблемы (например, *Если бы проблема попыталась взять реванш, какими могли бы быть первые признаки этого? Что могло бы указать вам на то, что проблема пытается снова просочиться в вашу жизнь?*);

- вопросы, направленные на распространение мудрости клиентов (*Время от времени я работаю с другими семьями, стремящимися преодолеть похожую проблему. С учетом того, что вы теперь знаете и умеете, что бы вы им могли порекомендовать?*).

«Вопросы о возможном возвращении проблемы» обращаются к очень важному аспекту работы с семьей: предотвращению «срывов», таких как возвращению к употреблению алкоголя или к использованию жестоких воспитательных мер, и конструктивному пе-

реживанию ситуации, если «срыв» все-таки произошел. Обсуждение перспективы возвращения проблемы может вылиться в конструктивные шаги, например, составление плана безопасности для детей.

Отдельный важный вопрос: оценка родителями позитивных изменений у детей. К настоящему моменту нам не удалось найти данных о надежности таких оценок в семьях «группы риска» (хотя даже изменение *восприятия* ребенка и его поведения в более позитивную сторону – тоже важный результат). Однако современные исследования семей с детьми-инвалидами показывают надежность родительских оценок, если у родителей есть четкие схемы и ориентиры для оценивания. Поэтому многие опросники для определения уровня развития ребенка предназначены для родителей, которые наблюдают за ребенком больше времени и в более разнообразных условиях, чем самый высококлассный специалист [2].

Работа психолога в междисциплинарной команде по технологии «работа со случаем»

Работа со случаем (case management) представляет собой индивидуальную работу междисциплинарной команды специалистов с клиентом-ребенком или всей семьей. За семьей закрепляется постоянный менеджер случая (чаще всего – социальный работник), который поддерживает контакт с ней и выполняет функцию координатора работы специалистов, служб и учреждений, участвующих в помощи конкретному ребенку или семье. Обязательным компонентом является соблюдение ***последовательности этапов работы*** – от первичной оценки до закрытия случая, а также ***координация работы*** всех служб и наличие ***единых для всех целей, задач и плана мероприятий***.

Этапы работы со случаем:

1. Выявление случая и установление контакта с семьей.
2. Первичная диагностика состояния и потребностей клиента.
3. Разработка индивидуального плана сопровождения
4. Реализация индивидуального плана сопровождения
5. Регулярная оценка и мониторинг.
6. Закрытие случая.

Основные типы мониторинга в технологии «работа со случаем» можно разделить на мониторинг процесса работы и мониторинг результатов.

Мониторинг процесса работы должен отвечать на следующие вопросы:

- Реализуются ли мероприятия, которые были запланированы? (Не замещаются ли они другими, более простыми в реализации мероприятиями? Не возникает ли каких-то непредвиденных препятствий?);

- Вовремя ли реализуются мероприятия?

- Соответствуют ли услуги стандартам качества?

Мониторинг промежуточных результатов работы должен отвечать на вопрос: помогают ли запланированные и выполняемые по плану действия в достижении целей, поставленных вместе с семьей?

На этапе составления плана нужно выделить области, которые необходимо отслеживать: например, быстро изменяющиеся, наиболее проблемные или связанные с переходом к следующему шагу («когда стабилизируется А, начнем делать Б»). Дальнейшую оценку можно сосредоточить на этих областях. Так она становится частью плана (см. рисунок 1).

Масштабные исследования эффективности разных школ терапии [22] показало, что действие психотерапии на 40% объясняется факторами, не связанными с методами и формами работы: собственными ресурсами клиента, социальной поддержкой и т. д. Технология «работа со случаем» направлена в первую очередь на активизацию собственных ресурсов клиента, с акцентом именно на восстановление социальных связей. Поэтому можно ожидать, что работа в междисциплинарной команде будет способствовать увеличению эффективности работы с психологом.

Однако сначала надо решить вопрос об эффективном распределении обязанностей в команде. Ответ на этот вопрос может меняться от клиента к клиенту. В литературе по социально-психологической работе с семьями «группы риска» много внимания уделяется планированию; ведь индивидуальный план – это «стержень» работы со случаем, на который «нанизываются» все действия вовлеченных в эту работу людей.

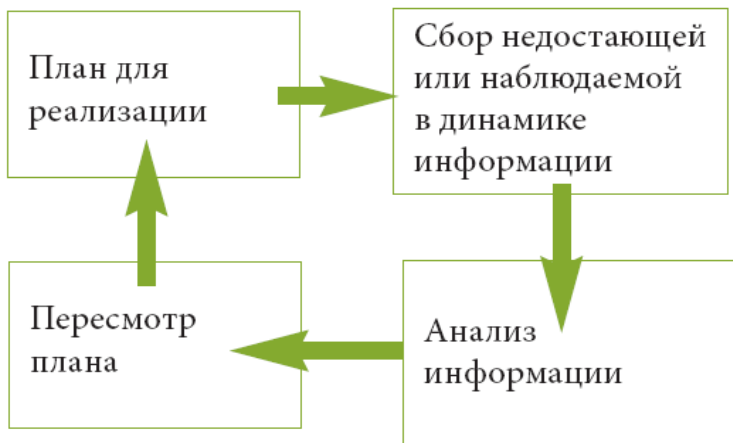


Рис. 1. Цикл планирования и мониторинга ¹

Рассматриваются вопросы формулирования задач, адекватных целям и доступных клиентам по масштабу изменений; риски замены задач на мероприятия или услуги (например, «организовать посещение домашнего помощника» – это мероприятие, а «научиться готовить ребенку еду по возрасту» – это задача) [5].

Но релевантность привлечения психолога к решению тех или иных задач обсуждается сравнительно редко, преимущественно в рамках критической социальной работы [3]. Например, в ситуации, когда одинокая мать боится, что ее сына-первоклассника переведут из обыкновенной школы в коррекционную за «гиперактивное», с точки зрения учителя, поведение, можно предложить несколько путей решения проблемы. С одной из возможных точек зрения, маме нужна помощь психолога для снижения тревожности и развития навыков переговоров с педагогами, а ребенку – индивидуальные коррекционно-развивающие занятия. С другой стороны, можно организовать посещение психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и получить заключение о возможности обучать ребенка в

¹ Рисунок приводится по изданию: Арчакова Т.О., Гусарова Н.В., Синкевич А.Ю. Подходы к комплексному сопровождению семей, воспитывающих приемных детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2014.

массовой школе, то есть рассматривать *первопричину* ситуации в структурных проблемах школы (таких как большое количество учеников в классе) и в потенциальном нарушении прав ребенка, но не в психологических проблемах членов этой семьи.

Групповые программы развития родительских навыков

В 1995 г. Рабочая группа Американской психологической ассоциации по продвижению и распространению психологических инструментов (American Psychological Association's Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) опубликовала ряд стандартов развития, апробации и распространения психотерапевтических практик, основанных на прикладных исследованиях. В этих стандартах приведены следующие критерии обоснованной и потенциально эффективной практики или программы.

I. Как минимум два корректных исследования с использованием групп сравнения, выполненные разными исследователями, демонстрирующие эффективность хотя бы одним из следующих способов:

A. Эффективнее, чем плацебо или другой тип терапии.

B. Эквивалентен по эффективности уже используемому эффективному типу терапии, что показано в исследованиях с адекватным уровнем статистической достоверности.

ИЛИ

II. Большая серия исследований в методологии кейс-стади, в которых:

A. Используется экспериментальный дизайн.

B. Изучаемая интервенция сравнивается с другим типом терапии, как в пункте I.A.

Дополнительные критерии для всех типов исследований:

III. Исследования должны проводиться с использованием стандартных руководств по проведению изучаемой программы.

IV. Характеристики целевой аудитории должны быть детально прописаны.

В других странах, где не разрабатывались такого рода инструкции, большинство исследователей разделяют понимание научно-обоснованных (evidence-based) программ, как программ, показавших свою эффективность в рандомизированных исследованиях с контрольной группой и квазиэкспериментальных исследованиях [15].

В Великобритании сравнительно недавно существуют стандарты оценки программ раннего вмешательства [8] по четырем сферам:

1. Качество оценки (evaluation quality) – есть ли надежные экспериментальные свидетельства об эффективности воздействия программы (effectiveness) и об эффективности такого способа распределения ресурсов (efficacy). Хорошо проведенная эмпирическая оценка эффективности уделяет внимание воздействию программы на разные группы семей и анализирует границы ее применимости. Также исследователи должны взять на себя ответственность за соблюдение принципа «не навреди» и описать группы клиентов, у которых из-за участия в данной программе проблемы могут усугубиться.

2. Влияние программы (programme impact) – в какой мере изменения в родительском поведении или в развитии детей объясняются именно влиянием программы.

3. Специфичность вмешательств (intervention specificity) – наличие у программы конкретного фокуса, как в целях и задачах, так и в практических аспектах, например, ориентация на конкретно очерченную группу семей. Практическим результатом оценки специфичности вмешательства должен стать чек-лист, который помогает соотнести категории семей, которые получили наибольшую пользу в исследованиях эффективности программы, и категории семей – потенциальных клиентов программы в конкретном населенном пункте.

4. Готовность системы (system readiness) – существует ли необходимая инфраструктура для внедрения и сопровождения программы в местной системе социально-психологической помощи.

Эмпирические исследования эффективности позволили сделать ряд выводов о том, какие виды помощи в изменении родительского поведения действительно работают [19]:

- новые родительские навыки должны активно «репетироваться» и применяться как на занятиях, так и дома;
- важные методы обучения – обратная связь при помощи видео и ролевой игры;
- принципы, основные идеи запоминаются лучше, чем предписанные техники;
- самостоятельная постановка целей родителями должна стать рутинной практикой для всех программ развития родительских навыков;

- нужно рассматривать как стратегии по ослаблению нежелательного поведения, так и по поощрению желаемого поведения;

- нужно включить в программу поддержку со стороны партнера, второго родителя.

Также есть свидетельства о том, что родители «группы риска» реже бросают участие в программе, если на занятиях делается акцент исключительно на приобретении нового опыта (experiential learning), без использования лекций, дидактических материалов [24].

Наиболее серьезными проблемами, снижающими эффективность программ развития родительских навыков, являются проблема репликации, проблема привлечения и удержания целевой аудитории.

Проблема репликации. Когда квазиэкспериментальные исследования в пилотных группах показывают эффективность программы, очевидный следующий шаг – это организация ее на новых базах, уже в «полевых» условиях. К сожалению, при использовании в новых группах программы весьма стабильно показывают более низкую эффективность, чем при первичных исследованиях [10; 25]. Эта проблема иногда объясняется «размыванием» лежащей в ее основе модели, изменением ключевых идей, делавших ее эффективной, в процессе адаптации к местным реалиям. Другая (на первый взгляд, противоположная) точка зрения: репликации программ мешает их культурная негибкость, несоответствие потребностям местного сообщества [26; 14].

По мнению Ф. Дэвиса и соавт.: *«Можно воспользоваться аналогией из генетики. В наших клетках реплицируются молекулы ДНК, объединившие в себе гены обоих родителей. Для успешной репликации программ нужно объединить «ДНК» эффективного родительства как из научно-обоснованной программной модели, так и из реальных родительских практик на месте ее внедрения»* [13, с. 40].

Проблема привлечения и удержания целевой аудитории. Вторая проблема – это привлечение в программу именно целевой аудитории. Если семьи из группы высокого риска, на которых ориентирована программа, по разным причинам отказываются от участия, их место обычно занимают родители, у которых ситуация не такая трудная. Однако для них такая специализированная программа рискует оказаться малоэффективной: обсуждаемые проблемы и осваиваемые навыки могут показаться им слишком простыми или неактуальными. Так в работе программы Incredible Years более

«проблемные» семьи достигали таких же или *лучших* результатов, чем менее проблемные [18; 19].

Второй аспект этой проблемы заключается в том, что семьи с наибольшей потребностью в помощи склонны бросать посещение занятий по программе в самом начале: до 90 % случаев. Подсчет родителей, посещавших большее число занятий или прошедших цикл занятий от начала до конца, напротив, показывает низкие значения [9]. Чаще бросают занятия одинокие родители (возможно, из-за препятствий практического характера), а также представители этнических меньшинств [12; 21].

Анализ этих проблем, проведенный в Великобритании, привел к выводу, который был вынесен в название доклада: *Technique is not Enough* (Одних технологий недостаточно). По сути, это утверждение того, что эффективность технологии, оцениваемая при помощи квазиэкспериментальных исследований с контрольной группой, мало говорит нам о социальном влиянии программы.

В качестве решения проблем с вовлечением и удержанием клиентов, а также с «локализацией» жестко прописанных, технологичных программ, предлагается социальная инклюзия: создание программы, которая не только максимально направлена на целевую группу, но и принимается и приветствуется ею. Для создания такой программы необходимы [13]:

- улучшение процедур привлечения в программу и поддержания интереса к ней;
- совместная разработка (co-producing) программы, чтобы сделать ее культурно-чувствительной;
- развитие социального капитала благополучателей, специалистов, реализующих программу, и местного сообщества в целом;
- обеспечение устойчивости программы.

Конкретной стратегией социальной инклюзии применительно к программам по развитию родительских навыков является поддержка (empowerment) родителей в качестве партнеров для местных специалистов и разработчиков программы. Эта задача решается в рамках совместной разработки (co-production), объединяющей родителей-благополучателей и команду специалистов – психологов, медиков, социальных работников [17].

Близким к совместной разработке подходом является привлечение «равных консультантов» (peer-to-peer). В такой модели психо-

логическую помощь оказывают такие же родители, уже преодолевшие трудности и прошедшие базовое обучение в качестве тренеров. Само по себе использование «равных консультантов» не влияет на эффективность программы у тех, кто принял в ней участие, но значительно увеличивает число присоединившихся и прошедших ее до конца [29].

Нельзя забывать и о самих сотрудниках, которые ведут занятия с родителями. Для эффективной работы им нужна адекватная поддержка и ресурсы, включая супервизию и совместную рефлексию в процессе освоения новых подходов, а также чувство принадлежности к команде. Если ресурсов не хватает или тематика супервизии сужается до «технических» вопросов соответствия пунктам программы в ущерб осмыслению специфики местного сообщества и уникальных особенностей клиентов, это серьезно сказывается на качестве работы специалистов [16].

Таким образом, сотрудничество – специалистов с клиентами и руководства программы со специалистами – это одно из условий эффективной работы психолога с семьями «группы риска» на всех уровнях.

Благодарности

Большое спасибо Дарье Кутузовой¹ и Виктору Богомолу² за их интересные блоги и вклад в становление профессионального сообщества, а также коллегам из благотворительных фондов «Виктория»³ и «Волонтеры в помощь детям-сиротам»⁴ – за увлеченность помощью семьям и веру в возможности родителей.

Литература

1. Арчакова Т.О., Гусарова Н.В., Синкевич А.Ю. Подходы к комплексному сопровождению семей, воспитывающих приемных детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2014.

¹ См. сайт www.narrlibrus.wordpress.com.

² См. сайт www.familytherapy.ru.

³ См. сайт www.victoriacf.ru.

⁴ См. сайт www.otkazniki.ru

2. Клочкова Е.В., Рыскина В.Л. Интердисциплинарная программа помощи детям с церебральным параличом: оценка и выбор стратегии вмешательства // *Особый ребенок: исследования и опыт помощи*. Научно-практический сборник. Вып. 5. – М.: Теревинф, 2006. – С. 34-51.
3. Кутузова Д.А. Психологическая помощь: на стороне социальных реформ или социального контроля? Современная критическая социальная работа за рубежом // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2009. – № 4. – С. 166-187.
4. Мэдсен У. Нарративный подход и оформление документации при работе в учреждениях // *Международный журнал нарративной терапии и работы с сообществами*. – 2007. – № 2. [Электронный ресурс]. – URL <http://narrlibrus.wordpress.com/2010/05/28/mds3> (Дата обращения 19.12.2014).
5. Райкус Дж., Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: Практическое пособие в 4 томах. Т. II. – СПб.: Питер, 2009.
6. Форман Ю. От чего зависит активность родителей: результаты научного исследования // *Особый ребенок: исследования и опыт помощи*. Научно-практический сборник. Вып. 5. – М.: Теревинф, 2006. – С. 65-88.
7. Шульга Т.Н. Работа с неблагополучной семьей: учеб. пособие. – М.: Дрофа, 2005.
8. Allen G. Early intervention: Next steps. – London: Cabinet Office, 2011.
9. Axford N., Lehtonen M., Tobin K., Kaoukji D., Berry V. How to engage parents in parenting programmes: Lessons from research and practice. Report for Birmingham City Council. – Dartington: Social Research Unit, 2011.
10. Bachrach L.L. Leona Bachrach speaks – selected speeches and lectures. – Michigan: Jossey-Bass, 1987.
11. Brown J., Dreis S., Nace D. What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (Ed.), *The heart and soul of change*. – Washington, DC: APA Press, 1999. P. 89-406.
12. Cunningham C., Boyle M. Offord D., Racine Y., Hundert J., Secord M., McDonald, J. Tri-Ministry study: correlates of school-based

parent course utilization // *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – № 68 (5). – P. 928-933.

13. Davis F.A., McDonald L., Axford N. Technique Is Not Enough. A framework for ensuring that evidence-based parenting programmes are socially inclusive. – Leicester, UK: The British Psychological Society, 2012.

14. Dumas J.E., Moreland A.D., Gitter A.H., Pearl A.M., Nordstrom A.H. Engaging parents in preventive parenting groups: Do ethnic, socio-economic, and belief match between parents and group leaders matter? // *Health Education & Behaviour*. – 2008. – № 35. – P. 619–633.

15. Elliott D. Lessons from Columbine: effective school-based violence prevention strategies and programmes // *Journal of Children's Services*. – 2010. – № 4. – P. 53–62.

16. Graham J.R., Shier M.L. The social work profession and subjective well-being: the impact of a profession on overall subjective well-being // *British Journal of Social Work*. – 2010. – № 40(5). – P. 1553–1572.

17. Hunter S., Richie P. Co-production and personalisation in social care: Changing relationships in the provision of social care. 49. Research highlights in social work. – London: Jessica Kingsley, 2007.

18. Hutchings J., Bywate, T., Daley D. Early prevention of conduct disorder: How and why did the North and Mid Wales Sure Start study work? // *Journal of Children's Services*. – 2007. – № 2(1). – P. 4–14.

19. Hutchings J., Gardner F., Lane E. Making evidence-based interventions work // In C. Sutton, D. Utting, D. Farrington (Eds.), *Support from the Start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and anti-social behaviour*. Research report 524. – London: Department for Education and Skills, 2004. – P.69–79.

20. Krupnick J. L., Sotsky S. M., Simmens S., Moyher J., Elkin I., Watkins J., et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1996. – № 64. – P. 532-539.

21. Kurtz Z., Street C. Mental health services for young people from black and minority backgrounds: the current challenge // *Journal of Children Services*. – 200. – № 61. – P. 40–49.

22. Lambert M. J., Bergin A. E. The effectiveness of psychotherapy // In A.E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York: John Wiley, 1994. – P. 143–189.

23. Lopez E.M. What Matters in Family Support Evaluation? // *The Evaluation Exchange*. – Winter 2004-2005. – V. 10, № 4. [Электронный ресурс]. – URL <http://www.hfrp.org/evaluation/the-evaluation-exchange/issue-archive/evaluating-family-involvement-programs/what-matters-in-family-support-evaluation> (Дата обращения 19.12.2014).

24. McDonald L., FitzRoy S., Fuchs I., Fookien I., Klasen H. Strategies for high retention rates of low-income families in FAST (Families and schools together): An evidence-based parenting programme in the USA, UK, Holland and Germany // *European Journal of Developmental Psychology*. – 2012. – 9 (1). – P. 75-88.

25. Mihalic S., Fagan M., Irwin K., Ballard D., Elliot D. Blueprints for violence prevention replications: Factors for implementation success. – Boulder: Centre for Study and Prevention of Violence, University of Colorado, 2002.

26. Miller L.M., Southan-Gerow M.A., Allin R.B. Jnr. Who stays in treatment? Child and family predictors of youth client retention in a public mental health agency // *Child Youth Care Forum*. – 2008. – № 37. – P. 153–170.

27. Miller S.D., Duncan B.L., Brown J., Sparks J.A., Claud D.A. The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure // *Journal of Brief Therapy*. – 2003. – V. 2, № 2. – P. 91-100.

28. Miller S.D., Duncan B.L., Sparks J.A., Claud D.A., Reynolds L.R., Brown J., Johnson L.D. The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure // *Journal of Brief Therapy*. – 2003. – V. 3, № 1. – P. 3-12.

29. Repper J., Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services // *Journal of Mental Health*. – 2012. – V.20, № 4. – P. 392–411.

30. Wampold B.E. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.

T.O. Archakova¹

**Assessment of efficiency in psychological work with
«risk group» families: from quasi-experimental research
to equal partnership**

Abstract. The article analyses the approaches to assessment of a psychologist's work with «risk group» families at three levels: work with parents as individual clients, interdisciplinary family support implementing «case management» technology and group programs for development of parenting skills. It is focused on assessment of collaboration between a client and a therapist, which provides a client with the opportunity to be heard and to influence the course of psychological work. The methods for collaborative assessment, such as consolidation interview, Outcome Rating Scale and Session Rating Scale, are briefly described. The article outlines several problems that decrease the efficiency of psychological work with «risk group» families, and the potential of collaborative assessment to overcome these problems. It also provides some data on the methods and forms of work with «risk group» parents that proved to be efficient.

Keywords: «risk group» families, collaborative approach, case management, programs for development of parenting skills, evidence-based practice.

¹ Archakova Tatyana Olegovna, Russia, Moscow, Psychologist at Children's Charity Fund «Victoria».