

СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: как мы работаем

*(документ включает описание подхода, условий работы
и форму информированного согласия на консультацию)*

Мы предлагаем вам консультации, направленные на поддержку и развитие детско-родительских, партнёрских и семейных отношений.

В данный момент я/мы участвуем в программе дополнительного профессионального образования в сфере семейного консультирования, организуемой АНО «Институт интегративной семейной терапии». Работа с вами осуществляется под регулярной супервизией опытных специалистов.

Перед началом сотрудничества просим ознакомиться с **этическими и организационными принципами**, которых мы придерживаемся:

Основные положения:

1. Главный смысл консультирования - улучшение самочувствия и качества жизни каждого и семьи в целом.
2. Консультирование — это **совместный процесс**, это сотрудничество, требующее вашей включенности во время сессии и между консультациями, с готовностью к исследованию и изменениям.
3. Задача первой сессии (иногда двух) - сбор информации о семье, актуальной ситуации, постановка задач, прояснение ожиданий, планирование взаимодействия и продолжительности помощи. В большинстве случаев специалисты, работающие в системном подходе, рекомендуют встречи продолжительностью 1 час с частотой 1 раз в 1-2 недели.
4. Мы работаем на основе **научно обоснованного системного подхода** и настоятельно рекомендуем активное участие обоих родителей на любых консультациях, которые касаются детей и подростков. В случае, если вас беспокоят отношения с партнером - то имеет смысл посещать консультации вдвоем.
5. Наши консультации - конфиденциальны, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ (опасность для себя и окружающих, угроза жизни и здоровью, насилие, официальный запрос).
6. Мы можем обратиться к Вам с просьбой о **письменном согласии** на запись консультации **исключительно** для целей супервизии. Без согласия запись не ведётся.
7. Мы признательны вам за обратную связь и стараемся найти такие методы, которые будут для вас полезны и смогут учитывать Ваши потребности или возможности. Вы вправе отказаться от заданий или обсуждений, предложенных в рамках консультации, обсудить альтернативы или **прекратить участие** в любой момент.
8. В экстренной ситуации вы можете обратиться в кризисные службы, включая Единый всероссийский телефон доверия: **8-800-2000-122**.

Если вы готовы к началу работы, просим вас заполнить форму ниже, подтверждая согласие с условиями консультаций и обработкой персональных данных.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на участие в психологическом консультировании в рамках программы дополнительного профессионального образования

Настоящее согласие оформляется в рамках консультативной работы, проводимой слушателем программы дополнительного профессионального образования в сфере семейного консультирования под супервизией опытных преподавателей.

1. Формат участия

Выберите подходящий вариант:

- ☐ Консультируется взрослый участник(и)
- ☐ Консультируется ребёнок / подросток
- ☐ Консультируется семья (взрослые и дети)
- ☐ Предпочитаю участвовать **анонимно** (без указания ФИО)

Если вы готовы предоставить данные, заполните:

- **ФИО полностью:** _____
- **Дата рождения:** _____
- **Контакт (телефон, email):** _____

Если участвует несовершеннолетний, укажите:

- **ФИО ребёнка:** _____
- **Дата рождения ребёнка:** _____
- **ФИО и статус законного представителя:** _____

2. Добровольность участия и статус консультирования

✓ Подтверждаю, что участие в консультациях является **добровольным**, и я (или мой ребёнок/попечитель) могу **в любой момент прекратить участие**, отказаться от предложенных методов или задать вопросы о ходе работы.

✓ Мне известно, что консультирование проводится **в образовательных целях** слушателем программы дополнительного профессионального образования (ДПО) под супервизией.

✓ Консультирование не является медицинской или психиатрической помощью.

3. Конфиденциальность

✓ Мне разъяснено, что все сведения и содержание консультаций **является конфиденциальным**, и не разглашается третьим лицам.

! Исключения:

- угроза жизни и здоровью для Вас или других лиц,
- насилие в отношении несовершеннолетнего,
- письменный запрос от органов власти в рамках законодательства РФ.

4. Участие ребёнка

✓ Если консультируется ребёнок, подтверждаю, что я его законный представитель, и даю согласие на участие ребёнка в психологическом консультировании. Гарантирую достоверность сведений и осознаю, что у консультанта нет возможности контролировать предоставляемую мной информацию.

5. Аудио- или видеозапись

☐ Даю согласие

☐ Не даю согласие

аудио- или видеозапись консультации исключительно в образовательных целях (супервизия) с соблюдением полной конфиденциальности. Записи не передаются третьим лицам и не публикуются.

6. Обезличенная отчётность

✓ Я понимаю и соглашаюсь, что отдельные элементы консультативного процесса (например, состав семьи, запрос, структура сессии, методы, динамика) могут быть включены в **обезличенную отчётную документацию**, оформляемую слушателем программы ДПО в рамках требований образовательного стандарта, **без указания ФИО, даты рождения или иных идентификаторов**.

7. Обработка персональных данных (в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006, действующая редакция)

☐ Даю согласие

☐ Не даю согласие

на **обработку следующих персональных данных:**

- Фамилия, имя, отчество;
- Фамилия, имя, отчество моего ребенка;
- Дата рождения;
- Дата рождения ребенка;
- Контактные данные (телефон, email);
- Информация о семейной ситуации и характере обращения, включая чувствительные персональные данные (психологическое и эмоциональное состояние, внутрисемейные отношения и т.д.).

Цель обработки:

- организация консультирования,
- выполнение требований отчётности в дополнительной профессиональной образовательной программе,
- ведение внутреннего учёта.

Правовое основание: добровольное согласие в рамках оказания консультативной помощи.

Способы обработки: сбор, хранение, систематизация, обезличивание (в случае передачи в отчёты), уничтожение. Доступ имеют только обучающийся специалист и супервизор/куратор учебного отдела АНО «ИИСТ».

- ☐ Ознакомлен(а) с правом отозвать согласие в любой момент, направив письменное уведомление.
- ☐ Понимаю, что **в случае участия без указания персональных данных (анонимно)** — согласие на обработку по ФЗ № 152 не требуется, но при этом отчётность будет вестись исключительно в обезличенном виде.

Дата: ____ / ____ / 20____

Подпись участника / законного представителя: _____

Дополнительно:

- ☐ Консультации **не касаются несовершеннолетнего**
- ☐ Консультации **касаются ребёнка**, и я подтверждаю, что являюсь законным представителем
- ☐ Я участвую **анонимно**, без передачи персональных данных, по собственному желанию

Участие второго взрослого участника (если применимо)

ФИО: _____

Дата рождения: _____

Контакты: _____

- ☐ Участвую добровольно
- ☐ Ознакомлен(а) с правилами конфиденциальности
- ☐ Даю согласие / Не даю согласие на запись сессии в целях супервизии
- ☐ Даю согласие / Не даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с п.7 данного документа
- ☐ Даю согласие на включение информации в обезличенные отчёты

Дата: ____ / ____ / 20____

Подпись второго участника: _____