|  |  |
| --- | --- |
| Краткое изложение лекционного материала |  |

# . КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

**Тема 1. Понятие супервизии**

# ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУПЕРВИЗИИ.

Термин супервизор происходит от латинских корней и означает «смотреть поверх». В ориги- нале он относился к мастеру среди группы ремесленников. Сто лет назад в руках мастера в мага- зинах Новой Англии, как правило, сосредотачивалась почти полная власть над рабочей силой. Ма- стер мог предлагать работу, нанимать людей, использовать их в работе по своему усмотрению и существовать за счет разницы между продажной ценой и зарплатой для рабочих.

Супервизия – это один из методов теоретического и практического повышения квалифика- ции специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессиональ- ного консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических под- ходов и методов психотерапии. Супервизия – это процесс, во время которого супервизор и супер- визируемый вместе узнают что-то новое о клиенте, друг о друге, о себе.

Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направлении своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планиро- вать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и кор- ректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения.

Клиническая супервизия заботится о реальной работе супервизируемых в таких областях, как терапевтические отношения, благо клиента (client welfare), допуск на клиническую работу и приемлемость вмешательств, клинические навыки и прогноз. Другими словами, клиническая су- первизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемо- го, напрямую влияющими на благо клиента.

# ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУПЕРВИЗИИ

## История возникновения и развития супервизии в России и за рубежом.

Поначалу своеобразной формой супервизии был личный анализ, где аналитик выступал в роли пациента для более опытного аналитика. Иногда это становилось взаимодействием двух опытных аналитиков, двух учителей, один говорил о теории, обучал каким-то знаниям, а второй работал как врач-психотерапевт, как аналитик с пациентом. А иногда эти роли объединялись, и на одних встречах это был разговор о психоанализе, о разных его концепциях, темах, вопросах, а на других кто-то из них двоих говорил о своих проблемах, то есть выступал в роли пациента. Вначале совместный личный анализ был краткосрочным, потом на него стало отводиться два, три месяца, полгода и так далее. Все это перерастало в более значительную работу. В последующем же про- изошло разделение на теоретическую подготовку, личный анализ и супервизионную работу, в рамках которой психотерапевт представлял какие-то законченные либо текущие случаи своему супервизору-аналитику для совместного обсуждения.

Юнг первый предложил, чтобы аналитики-практиканты подвергались личностному анализу и с 1918 г. психоаналитики формально приняли эту идею. Обучающиеро ОГН НГШся практикан- ты получали шанс исследовать со своими аналитиками свои чувства и сопротивления, возникаю- щие у них в процессе работы с пациентами.

Бибринг из Вены и берлинские психоаналитики пришли к выводу, что супервизия пригодна для обучения и объяснения динамики взаимоотношений между пациентом и аналитиком. Предло- жение венгерской школы обсуждалось на двух международных конференциях, проведенных в 1935 и 1937 гг. Со временем был достигнут компромисс, и венгры согласились с тем, что практи- кантам необходимо обучение со стороны супервизоров (разбор клинических случаев, включенных в обучающую программу), а представители венской школы согласились с тем, что супервизоры могут работать и над контрпереносом в процессе супервизии, не оставляя все на усмотрение ана- литика. Постепенно традиция отделять анализ от супервизии укоренилась в институтах.

Разделение анализа и супервизии в истории юнгианского движения заняло длительное время. В 1920-1930 гг. «подготовка» означала для юнгианцев прохождение личностного анализа у Юнга и посещение его многочисленных семинаров и консультаций по поводу отдельных клинических случаев, которое можно рассматривать как неформальную супервизию. Вопрос о «готовности стажера к прохождению клинической практики решал сам Юнг».

 В 1958 г. была основана Международная ассоциация аналитической психологии (МААП), и в 1962 г. были приняты правила, требовавшие от ее членов прохождения через супервизию на протяжении 18 месяцев. В 1971 г. было введено новое требование, согласно которому супервизия должна была составлять 50 часов, а в 1983 г. –100 часов. Экштейн и Валлерштейн первыми созда- ли модель отношений в рамках супервизии, когда принимались во внимание пациент, терапевт, супервизор и организация, в рамках которой они действовали. Сирлз (1965) ввел понятие «процес- са отражения» – динамического взаимодействия типа перенос-контрперенос, протекающего между пациентом и аналитиком и влияющего на динамические характеристики супервизии.

## Современное состояние и перспективы развития супервизии.

Появившись в начале 30-х годов прошлого века в рамках психоаналитической подготовки, супервизия в настоящее время считается краеугольным камнем профессионального становления психотерапевта. Наряду с освоением теории психотерапии и личной терапией, она является одной из главных составляющих профессиональной подготовки и повышения профессионального ма- стерства терапевтов, независимо от принадлежности той или другой теоретической парадигме.

Сегодня в России потребность во внедрении супервизорской практики в профессиональную деятельность практических психологов очень велика. Практикующих психологов, имеющих большой опыт работы, достаточно много и им необходима постоянная профессиональная под- держка. В то же время в России супервизия развита слабо, целенаправленная подготовка суперви- зоров не ведется, нет требований к обязательной супервизии, также практически нет научных ис- следований в этой области.

В нашей стране супервизорский институт только начинает развиваться. Индивидуальные су- первизии в проекте. Отдается предпочтение групповой супервизии в форме «балинтовских групп». В практике сложился определенный опыт деятельности и формирования «балинтовских групп». В Санкт-Петербургской ассоциации тренингов и психотерапии подобные группы собираются в раз- личных секциях по научно-практическим интересам.

# ЗАДАЧИ СУПЕРВИЗИИ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Супервизия – от латинского supervidere «смотреть сверху» – это профессиональное консуль- тирование и анализ как целесообразности и качества использования практических подходов и ме- тодов консультирования, так и терапевтических отношений, возникающих между клиентом и кон- сультантом, т.е. один из методов теоретического и практического повышения квалификации спе- циалистов в области консультирования.

**Цель супервизии: *расширить осознание супервизируемого и защитить интересы кли- ента.***

Задачи супервизии в консультировании:

* профессиональное и личностное развитие консультанта;
* развитие особых навыков и умений, которые дадут возможность оценить результаты рабо-

ты;

* повышение уровня ответственности в консультировании.

Супервизия помогает консультанту понять себя и процесс консультирования, в совершенств

овладеть знаниями и навыками, необходимыми в работе. Способствует совершенствованию про- фессиональной деятельности специалиста. В процессе супервизии он получает возможность осо- знать и интегрировать свои личные способы реагирования, объективные знания, субъективный опыт и конкретные ситуации, возникающие в его работе, т.е. как он работает, находясь в данной ситуации работы с клиентом и являясь при этом конкретным человеком со своими собственными способами поведения и реагирования, своим непосредственным субъективным опытом, а также с определенными профессиональными возможностями.

Супервизию осуществляет супервизор – специально подготовленный специалист- консультант.

Основная функция супервизора – консультировать обучающегося консультанта, предоста- вить ему возможность осознавать свои профессиональные действия и свое профессиональное по- ведение.

Супервизия не является учебным процессом!

Такая направленность супервизии не соответствует ее принципиальным целям и может воз- никнуть лишь тогда, когда супервизируемый явно недостаточно подготовлен и теоретически, и практически. В этом случае супервизорская сессия может превратиться по сути дела в семинар- ское занятие.

Супервизия – не контроль за профессиональной деятельностью специалиста. Она представ- ляет собой обучение посредством корректирующего консультирования.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ЛЕЧЕНИЕ

Ряд источников определяют супервизию как форму терапии, или, по крайней мере, как тера- певтический процесс. Различие состоит в том, что супервизия – это лечение лечения (а не врача). И хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут и должны решаться терапевтические проблемы. В случае если консультируемый испытывает проблемы, мешающие клиническому функционированию, они должны стать ʼʼзернамиʼʼ для супервизорской ʼʼмельницыʼʼ. Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста. В такой сре- де поведение супервизора устойчиво соответствует модели, в какой следовало бы проводить тера- певтический сеанс.

Супервизор – участник супервизорского процесса, а не посторонний наблюдатель. Так же как фокус психотерапевта смещается от пациента к диаде пациент-терапевт, так в супервизию включается триада пациент-супервизируемый-супервизор.

Супервизия не является чистой терапией, но отношения между супервизором и супервизиру- емым имеют и терапевтический аспект. Психотерапия дает возможность пациенту отреагировать значимые переживания на приеме у специалиста͵ а супервизия позволяет супервизируемому предоставить на сеанс выборочный материал психотерапии. Супервизируемый нередко приносит фрагмент занятия, зависящий и от его ʼʼбессознательногоʼʼ.

Важность неосознаваемого процесса у супервизирумого и супервизора было описано 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 году Searls внедрил концепцию ʼʼотражающего процессаʼʼ, который вскоре стал известен как ʼʼпараллельный процессʼʼ. Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчеркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации. Параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трех частей: супервизор, терапевт или пациент – соответственно возни- кать и в терапии и в супервизии.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ОБРАЗОВАНИЕ

Другие авторы рассматривают супервизию в большей степени как образовательный про- цесс – своего рода обучение навыкам и развитие профессиональной компетенции. *Bartlett* (1983) дал такое определение супервизии: «Опытный консультант помогает начинающему студенту или менее опытному врачу научиться разнообразным видам консультирования». Соглас- но *Blocher* (1983), супервизия – «специализированный инструктаж», в котором супервизор пыта- ется облегчить развитие готовящемуся консультанту. Супервизор выступает в роли посредника- преподавателя во взаимоотношениях студента с реальными клиентами, за чье благополучие сту- дент несет определенную долю профессиональной, этической и моральной ответственности».

Вот еще несколько вариаций этих идей:

«Супервизия – это задача опытного специалиста помочь начинающему специалисту научиться психотерапии на собственном материале специалиста».

«Супервизия в семейной терапии – это специфичное развитие терапевтических возможно- стей супервизируемого в контексте лечения семей».

«Интенсивные, межличностно-ориентированные взаимоотношения двух людей, в которых один человек способствует развитию терапевтической компетенции другого человека».

Длительный учебный процесс, в котором исполняющий роль супервизора путем исследова- ния профессиональной деятельности супервизируемого помогает ему освоить соответствующее профессиональное поведение».

Разные школы терапии и консультирования различаются в степени желаемого изменения поведения или даже личности в соответствии с требованиями супервизора или организации. Неко торые школы отрицают намерения «клонировать» супервизора, видя в супервизии консультатив- ный процесс, по природе своей обучающий. Тем не менее все согласны, что никто не научится практической терапии или консультированию, не подвергнувшись терапии или консультирова- нию. С другой стороны, супервизия – это нечто большее, чем просто обучение консультанта. Су- первизия является клинической подготовкой консультанта к практической лечебной работе. Таким образом, она внедряет в практику трансформированные принципы. В супервизии квалифициро- ванный консультант способствует профессиональному росту супервизируемого через вербальное клиническое осмысление и обсуждение, а значит, супервизируемый приобретает необходимые навыки и учится действовать независимо. Супервизор помогает психотерапевту сконструировать терапевтический стиль с вовлечением его личности, что поддержит его в профессии.

Ранние формы супервизии были тесно увязаны с теоретическими ориентациями. Бихевиори- сты, например, рассматривали проблемы клиента как приобретенное дезадаптивное поведение, и потому проходящий подготовку терапевт был ответствен за стимулирование адаптивного пове- дения клиента. Целями терапии являлись: а) идентификация проблемы; б) подбор адекватных ме- тодик обучения. Бихевиоральная супервизия состояла из участия в качестве ко-терапевта в работе каждого из нескольких квалифицированных терапевтов и репетиций под их наблюдением, на которых проходящие подготовку терапевты вырабатывали заданное поведение у инструктированных больных, готовясь к последующей самостоятельной работе.

Бихевиористы используют различные методы супервизии: а) ученичество, которое считается

«лучшей формой», но требует значительных затрат времени; б) курс семинаров, проводимых один или два раза в неделю в течение нескольких месяцев и включающих теоретический материал по теории научения и разбор клинических случаев; в) интенсивный курс, включающий ежеднев- ные тренировочные занятия в течение нескольких недель, интенсивное обсуждение теории, де- монстрацию технических приемов, разыгрывание ролей с другими обучающимися и супервизируемые сеансы с клиентами.

Психоаналитические модели супервизии были разработаны Экстайном и Уоллерстейном. Стажеров побуждали подвергнуться анализу. Супервизия предполагала получение основательной подготовки в области психоаналитической теории, включая знание: а) паттернов психологической защиты; б) переноса; в) контрпереноса; г) инсайта и д) сопротивления. Экстайн и Уоллерстейн описали последовательность стадий супервизии, используя аналогию с игрой в шахматы. В стадии

«дебюта» проходящий подготовку и супервизор оценивают сильные и слабые стороны друг друга. Для «миттельшпиля» характерен межличностный конфликт: атака, защита, глубокое проникнове- ние и/или уклонение. Во время «эндшпиля» супервизор предпочтительно занимает молчаливую позицию, стимулируя стажера к большей самостоятельности в работе с клиентом.

Чарльз Труа и Роберт Каркуфф провели большую работу по совершенствованию клиент- центрированной модели супервизии по Карлу Роджерсу. Роджерс наметил программу ступенчато- го повышения опыта, которая дает обучающимся психотерапии возможность видеть «искрен- ность», «эмпатию» и «безусловное положительное принятие», демонстрируемые их супервизора- ми, и самим практиковать эти качества. Программа включает прослушивание аудиозаписи работы опытных психотерапевтов; ролевое разыгрывание психотерапии с другими стажерами; наблюде- ние живых показов, когда супервизор действует как психотерапевт; участие в практикуме с клиент-центрированным супервизором; выполнение роли члена группы в групповой терапии и участие в индивидуальной терапии. Труа и Каркуфф рассматривали роль супервизора в трех из- мерениях: 1) супервизоры обеспечивают высокий уровень эмпатии, конгруэнтности и положительного принятия; 2) обучающиеся получают специфический дидактический тренинг при выполнении этих «необходимых и достаточных» условий терапии; 3) обучающиеся участвуют в групповой терапии, в которой они вовлекаются в самоанализ (self-exploration) выполняемой ими роли психотерапевтов.

В каждой из трех ориентаций – поведенческой, психоаналитической и клиент- центрированной – важной предпосылкой было то, что обучающийся должен быть достаточно чув- ствительным для восприятия и интеграции поведения супервизора. Предполагалось также, что

каждый супервизор должен быть отличным терапевтом. Одновременно считалось, что специалист, искусно проводящий терапию, будет столь же умело руководить деятельностью обучающихся.

Мировой опыт свидетельствует, что супервизия – необходимое условие культурной психо- терапии и консультирования. Институт супервизии выработан первоначально в практике глубин- ной психотерапии в виде анализа переноса/контрпереноса в терапевтическом контакте, сопровож- дающемся специфическим анализом биографии, структурным анализом личности и пациента, и самого психотерапевта, проходящего супервизию. Последующее развитие различных направле- ний психотерапии было сопряжено с одновременным созданием специфических моделей суперви- зии каждой школой психотерапии с целью обучения профессионалов и анализа качества их рабо- ты.

ЕДИНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУПЕРВИЗИИ

Нижеследующее определение, охватывающее многочисленные аспекты клинической супервизии, – основа построения единой модели супервизии.

Клиническая супервизия – организованный, обучающий процесс, имеющий четыре пересекающи- еся цели (административную, оценочную, клиническую и поддерживающую), в котором принципы трансформируются в практические навыки

Ключевые слова этого определения. Во-первых, супервизия – организованный процесс. Он имеет график работы и временной лимит, определенную повестку дня и ожидания. Эти требования заработали печальную славу часто нарушаемых правил. Большая часть того, что зовется супервизией – это разно- образные варианты «подошел в коридоре и сказал...», возникающие в кризисных ситуациях и случайно.

На вопрос: «Как много времени еженедельно вы уделяете супервизии?», клинические супервизо- ры часто отвечают: «Сорок часов в неделю». Этот ответ – суть провала на первом экзамене супервизии. Тот, кто так отвечает, скорее всего, проводит неструктурированную, неорганизованную супервизию. Наоборот, эффективная клиническая супервизия упорядочена. Психотерапевты должны подготовить к сеансу презентацию случаев и принести клинический материал (заметки, аудио/видеозаписи). От супер- визора ожидается просмотр случаев, подготовленных к сеансу.

Во-вторых, супервизия – обучающий процесс. В отличие от занятий по другим предметам, супер- визия не может решить отдельные проблемы каждого студента в отдельности. Она включает в себя оценку прогресса и индивидуализированный учебный план, который включает в себя знания консуль- танта о действиях в особых клинических ситуациях.

В-третьих, супервизия – это процесс, основанный на отношениях доверия и уважения, установ- ленных по обоюдному согласию. В свете этого, супервизор является инструктором, поддержкой, наставником, другом, руководителем, преподавателем и коллегой. Необходимо, чтобы это было когни- тивным согласием между супервизором и супервизируемым (эта позиция, особенно касательно начи- нающих консультантов, принимает особую значимость в отношении прогрессивного движения в супер- визии).

Наконец, принципы трансформируются в практику. Большинство консультантов (особенно в сфе- ре работы с алкоголизмом и злоупотреблением психоактивными веществами) имеют превосходные начальные навыки. Они демонстрируют эмпатию, искренность, конкретность и силу. Однако начинаю- щие психотерапевты теряются при необходимости определить, что и зачем они сделали. У них мини- мальны способности к концептуализации планов лечения и к обоснованию конкретных клинических вмешательств.

РОЛЬ СУПЕРВИЗИИ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ

Обязательным и необходимым условием успешной работы психотерапевта (психолога, кон- сультанта) является супервизия и личная (индивидуальная) или групповая психотерапия.

**Супервизия** – это сотрудничество двух профессионалов (более опытного и менее опытного), в ходе которого консультант может описать и проанализировать свою работу в условиях конфи- денциальности.

Основная *цель* супервизии – помочь консультанту наилучшим образом ответить на потреб- ности клиента.

*Отсутствие супервизии* может привести к следующим последствиям

* низкому качеству работы;
* отсутствию профессионального роста специалистов;
* текучести кадров;
* жалобам клиентов;
* изменению морального состояния персонала,
* развитию синдрома эмоционального выгорания.

Супервизия позволяет консультанту поделиться своими чувствами, выявить и обозначить за- труднения, возникшие в работе с клиентом, получить обратную связь, проанализировать причины своих затруднений, расширить свои теоретические представления, наметить пути дальнейшей ра- боты с клиентом. Таким образом, в процессе супервизии консультант развивает и совершенствует свое профессиональное мастерство, но основным моментом здесь является конкретный случай ра- боты с клиентом. В этом главное отличие супервизии от личной терапии. Супервизия помогает обозначить личные проблемы консультанта, которые являются причиной его затруднений в тера- певтических отношениях с клиентом, но работа с этими проблемами не является непосредствен- ной ее задачей.

В супервизорской сессии четко определены роли супервизора и супервизируемого, времен- ные границы. Как и в консультативной сессии, при супервизии необходимо соблюдать навыки консультирования и принципы обратной связи.

1. Супервизору необходимо концентрироваться на особенностях взаимодействия психолога и клиента;
2. Описывать, наблюдать, интерпретировать, а не судить и оценивать;
3. Ориентироваться на консультанта – давать то количество информации, которое он спосо- бен принять, а не то, которое хотелось бы дать.

Таким образом, от дружеской беседы коллег супервизорскую сессию отличают целенаправ- ленность и определенный формат. Выбор фокуса работы супервизии определяется, в первую оче- редь, запросом со стороны консультанта.

**ФУНКЦИИ СУПЕРВИЗИИ**

1. *Образовательная, или формирующая*, – подразумевает развитие умений, понимания и способностей супервизируемых. Она осуществляется через анализ и исследование работы супер- визируемого со своими клиентами. В процессе такого исследования супервизор может помочь консультанту:
	* лучше понимать клиента;
	* лучше осознавать собственные реакции на клиента;
	* понимать динамику взаимодействия с клиентом;
	* исследовать свои интервенции и их последовательность;
	* исследовать другие пути работы с этой и подобными ситуациями.
2. *Поддерживающая, или тонизирующая, функция* – это способ противостояния, когда консультант, вовлекаясь в глубокую психологическую работу с клиентами, неизбежно подвергает себя воздействию негативных чувств и переживаний, испытываемых клиентом. Консультанту необходимо научиться осознавать, как это влияет на него, и научиться профессионально справ- ляться с любыми реакциями. Эмоции появляются в процессе сопереживания клиенту, или могут быть реакцией на него – перенос/контрперенос. Неосознавание этих эмоций приводит к снижению эффективности консультанта, который либо начинает идентифицироваться с клиентом, либо за- щищаться от клиента. Это приводит к возникновению профессионального выгорания.
3. *Направляющая, или нормативная функция* – супервизор во время сессии может частично взять на себя ответственность за благо клиента и работу с ним супервизируемого. Почти все су- первизоры ответственны за удовлетворительность работы супервизируемых и ее соответствие определенным этическим требованиям.

ТИПЫ СУПЕРВИЗИИ (НАСТАВНИЧЕСКАЯ, ОБУЧАЮЩАЯ, НАПРАВЛЯЮЩАЯ, КОН- СУЛЬТИРУЮЩАЯ)

1. *Наставническая супервизия* – супервизор концентрируется на образовательной функции, помогая обучающемуся исследовать работу с клиентами, а кто-то другой в рабочем окружении супервизируемого осуществляет поддержку и направляющую функцию
2. *Обучающая супервизия* – хотя ударение остается на образовательной функции и суперви- зируемый оказывается в роли ученика, это может быть студент-психолог (соц. педагог, соц. ра- ботник) на практике или обученный психолог (соц. педагог, соц. работник), ведущий индивиду- альный работу с клиентами, в отличие от наставнической супервизии, в этом случае супервизор несет частичную ответственность за работу супервизируемого с клиентами, и поэтому отчетливо заметна его направляющая, нормативная роль.
3. *Направляющая супервизия* – супервизор является в то же самое время и начальником су- первизируемого. Как и в обучающей супервизии, в этом случае супервизор отвечает за работу су- первизируемого с клиентами, но отношения субординации между ними более выражены.
4. *Консультирующая супервизия* – в этом варианте ответственность за выполнение работы принадлежит супервизируемому, но он может консультироваться по некоторым вопросам со сво- им супервизором, который является либо его учителем, либо администратором. Такая форма под- ходит для опытных квалифицированных специалистов.

## Тема 2. Основные схемы и модели супервизии

МОДЕЛИ СПЕЦИФИЧНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Психотерапевты, принявшие на вооружение определенный вид терапии (например, психо- аналитический, проблем-разрешающий, поведенческий, позитивной) часто считают, что наилуч- шей «супервизией» является анализ практики истинным приверженцем данной терапии. Ситуация аналогична таковой в спорте, где энтузиасты верят, что лучшим инструктором будет лидер в том же виде спорта. Модель специфичной ориентации соответствует теории и методологии какого- либо отдельного направления или школы психотерапии. Она требует, чтобы супервизор не только обучался, но и практиковал в русле данного направления/школы и прошел соответствующую су- первизорскую подготовку, подтвержденную сертификатом.

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ

Целью и задачами балинтовских групп являются повышение компетентности в профессио- нальном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профес- сиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противо- вес «апостольским» установкам врача; психопрофилактика «синдрома сгорания» участников группы, основанная на возможности проработки «неудачных случаев» в ситуации коллегиальной поддержки.

В состав указанной группы входят врачи и психологи, работающие в одном или в различных медицинских учреждениях. Нежелательно включение в одну группу специалистов, связанных служебно-иерархическими отношениями (начальник и подчиненные). Половозрастных ограниче- ний нет. Группа может объединять людей с различным стажем работы, наиболее эффективно уча- стие их при стаже более трех лет. В группу могут входить 6-15 человек, оптимально – 8-10.

Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профес- сионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и «апостольских» установок, заинте- ресованных в коллегиальной взаимопомощи.

Участники группы встречаются 1-2 раза в месяц при организации обычной пролонгирован- ной группы, рассчитанной на совместную работу в течение 2-3 лет. Балинтовская группа может формироваться и из слушателей краткосрочного учебного семинара, в этом случае занятия группы могут проводиться ежедневно или с интервалом в несколько дней, общее количество занятий со- ответствует количеству участников. Продолжительность одного занятия, посвященного анализу одного случая, 2-2,5 часа с 10-минутным перерывом перед «завершающими» шагами. Эти цифры являются рекомендацией, основанной на опыте конструктивной работы в различных группах, ча- стота перерывов и встреч, время окончания работы определяются самими участниками группы. Для занятий используется помещение, позволяющее расположить в круг стулья или кресла по числу участников семинара. Дополнительное техническое обеспечение не требуется, но по жела- нию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона, либо ведет- ся стенограмма занятий.

Руководитель группы избирается участниками, либо специально приглашается для этой ра- боты. Ведущий должен быть опытным специалистом в области консультирования и психотерапии, знать технологию балинтовской группы, принципы групповой динамики, уметь управлять груп- пой, следить за состоянием рассказчика и блокировать опасные обратные связи в случае неготов- ности «протагониста» принимать их.

Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики участников. Это мо- гут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными». Либо это могут быть текущие случаи, вызывающие у врача беспокойство. Это могут быть и так называ- емые «фантастические» терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Для обсуждения могут предлагаться и случаи из практики психотерапевта, и эпи- зоды, центрированные на фармакотерапии конкретного пациента. В зависимости от состава и ин- тересов участников обсуждаться могут однотипные случаи в нозологическом (наркологи, гастро- энтерологи) или терапевтическом (групповые психотерапевты) плане. Но чаще всего в балинтов- ской группе обсуждается опыт лечения разнообразных пациентов различными методами.

ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ БАЛИНТОВСКОЙ ГРУППЫ

Занятия балинтовской группы достаточно подробно структурированы и проводятся в не- сколько этапов или «шагов». Опишем их коротко и остановимся на специфических моментах каж- дого этапа.

Первый «шаг» может быть условно назван «определение заказчика» из числа участников ба- линтовской группы. Каждое занятие традиционно начинается с вопроса ведущего: «Кто хотел бы представить на рассмотрение свой случай, проблему, создающие состояние дискомфорта?». Обычно после небольшой, а иногда и продолжительной паузы определяется один или несколько желающих. Каждого из претендентов на «заказ» ведущий просит описать в течение 1-2 минут свой случай в произвольной, но лаконичной форме. После непродолжительной дискуссии и выбо- ра группа отдает предпочтение одному из «заказчиков». При голосовании может возникнуть ситу- ация, когда два «заказчика» получат равное количество голосов. Тогда право выбора предоставля- ется обоим путем переговоров или руководитель берет инициативу на себя.

Второй «шаг» работы группы предполагает рассказ «заказчика» о своем трудном случае из практики своей профессиональной деятельности. Устанавливаются «мягкие» ограничения по вре- мени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и по- ведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего ана- лиза коммуникативных затруднений докладчика.

Третий «шаг» – формулирование «заказчиком» вопросов к группе по своему случаю, выне- сенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает «заказчику» сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) груп- повую поддержку. Целесообразно записать вопросы на доске или планшете, т.к. все участники группы постоянно обращаются к ним, сохраняя точность их содержания.

Четвертый «шаг» – вопросы группы к участнику, представившему случай. Этот этап может проводиться по-разному в зависимости от состава участников, опыта и предпочтений ведущего. В классической балинтовской группе поведение на данном этапе жестко не регламентировано. В этом случае все спонтанные реакции участников, их поведение и эмоциональные проявления фик- сируются ведущим и могут явиться в дальнейшем объектом динамического анализа (в классиче- ской группе это не используется, т.к. групповая динамика в ней не является предметом анализа). Другой вариант, напротив, жестко структурированный. Все участники задают по кругу «заказчи- ку» по одному вопросу. Таких кругов может быть несколько. Кто-то из участников, не желающий задавать вопрос для прояснения ситуации или проблемы при соответствующей очередности, мо- жет ее пропустить. Это не исключает для него возможность задать возникший позже вопрос на следующем «круге».

Еще один вариант, который может использоваться, является промежуточным. Каждому участнику также по кругу предоставляется возможность задать определенное количество вопро- сов. При этом кто-то может задать их меньше или пропустить свою очередь, вновь воспользовав-шись своим правом на новом круге. Отсутствие какой-либо регламентации на этапе вопросов «за- казчику» допустимо и может дать интересный материал для последующего обсуждения. Руково- дитель может также, начав с вопросов по кругу и заметив, что все большее число участников про- пускает свою очередь или вопросы по сути повторяются, предложить перейти к неформализован- ному варианту. В этом случае уместно прямо предложить участникам отказаться от очередности и задавать вопросы «в свободном режиме» тем, у кого они еще остались. На этом этапе «заказчик» часто с удивлением обнаруживает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты свое- го случая. Тогда «заказчик» дополняет свой рассказ на третьем этапе, многие неосознаваемые мо- менты проясняются для него.

Пятый «шаг» – окончательное формулирование «заказчиком» вопросов, которые он хотел бы вынести на обсуждение. Иногда формулировки вопросов сохраняются в первоначальном виде. Чаще, однако, они претерпевают изменения. Некоторые из ранее поставленных вопросов могут вообще потерять свою актуальность для «заказчика», благодаря осознанию им ряда моментов на предыдущем этапе. Список вопросов «заказчика» может быть и расширен, если какие-то из вопро- сов, заданных ранее группой, кажутся ему существенными для прояснения случая. Руководителю полезно предложить группе сформулировать дополнительные вопросы, ответы на которые, как им представляется, принесут пользу «заказчику». Но право конструирования окончательного списка вопросов остается за заказчиком случая. Заметим, что часто таким дополнительным вопросом, принимаемым «заказчиком», является вопрос о том, какие аспекты в предложенном случае он не- достаточно осознает, с точки зрения группы. Обычно окончательный список включает 3-5, но мо- жет быть и всего один вопрос.

Шестой «шаг» – ответы группы на запросы «заказчика» и свободная дискуссия. Начало этапа может быть формализовано.

Все участники по кругу отвечают на поставленные перед ними опросы. При этом «заказчик» может предпочесть услышать ответы на все вопросы поочередно от каждого члена группы или предложить, чтобы участники по кругу ответили сначала на первый вопрос, затем на второй и т.д. Если некоторые вопросы представляются ему тесно связанными, то возможно, чтобы каждый от- ветил по кругу на первую группу вопросов, а потом также по кругу на следующую из них. Ответы могут отражать чувства участников группы: «В этом случае я чувствую себя ... «.

В отличие от 4-го «шага» задавать или не задавать вопросы участнику, представившему слу- чай, на шестом «шаге» ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участ- ников группы. Не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы», для «заказчика» и остальных участников могут иметь ответы типа: «У меня тоже была подобная ситуация, и я нашел выход ... «. В начинающей работу балинтовской группе участники на этом этапе могут стремиться к разнообразию ответов. Важно не допускать выражений типа: «Я тоже так думаю, как и ...» или

«Я не знаю, что говорить, все уже было сказано». В таких случаях руководителю приходится напоминать, что ответы являются «обязанностью» всех членов группы и высказывание точки зре- ния, даже аналогичной прозвучавшей ранее, весьма важно предоставившему случай. В эмоцио- нально окрашенной атмосфере «заказчик» может не понять смысл однократно высказанного кем- то суждения. Самостоятельное значение имеет для него и сам факт, что многие члены группы предлагают идентичное или близкое видение его ситуации, но группа не стремится ничего навя- зывать, понимая, что докладчик может заблокировать принятие информации.

Поощряются на этом этапе и свободные ассоциации на тему: «Аналогичная проблема». По- сле высказывания любого члена группы «заказчик» может задать ему уточняющие вопросы, если что-то осталось неясным. Может быть, что в балинтовской группе один участник осознанно или неосознанно идентифицирует себя с «заказчиком» или его «партнером» по обсуждаемой ситуа- ции. Высказывания последних могут быть, например, такими: «Знаешь, я представил себя на ме- сте ... когда ты произносил что-то в его адрес, воспроизводя ситуацию, и при этом заикался, я по- чувствовал себя напряженно». Подобные высказывания имеют особую ценность для представля- ющего случай психотерапевта, да и для остальных участников также. В хорошо работающей ба- линтовской группе отдельные реплики провоцируют продолжение обсуждения в виде дальнейших его кругов или свободной, но корректно управляемой дискуссии. Это приводит к более глубокому

пониманию проблем, творческому коллективному развитию прозвучавших точек зрения, неожи- данных ракурсов видения обсуждаемой ситуации. Такое обсуждение позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы, как корректирующей, так и пси- хологически поддерживающей.

Обратная связь от руководителя группы к «заказчику» осуществляется на седьмом «шаге». Ведущий обобщает ответы группы, высказывает собственное видение ситуации, представленной

«заказчиком» на обсуждение, предположений о причинах возникших у «заказчика» трудностей и т.д. (Заметим, что в различных видах социально-психологического тренинга ведущие, как прави- ло, интерпретацию не дают). В конце работы ведущий благодарит «заказчика» за предоставлен- ный случай и смелость при его разборе, а участников группы – за поддержку сотрудника.

На восьмом «шаге» «заказчик» дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания мо- гут касаться собственного эмоционального состояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффек- тивности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии слова- ми «как стало легко и многое понятно» и т.п. Балинтовская сессия может заканчиваться высказы- ваниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также ор- ганизационные вопросы, принимаются предложения.

Рассказ строится в абсолютно свободной форме. Рассказчика не ограничивают во времени, а ведущий следит за тем, чтобы его не перебивали. Обычно, кратко рассказав о предистории взаи- моотношений с пациентом, специалист более подробно останавливается на собственно тревожа- щей его конфликтной или кризисной ситуации в процессе лечения. Нередко возникает вопрос о том, надо ли готовить предлагаемый случай накануне, восстанавливать и документировать детали обследования и лечения пациента. Для балинтовской группы это не существенно, и более продук- тивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто приносит ценную ин- формацию и, в любом случае, поскольку речь идет о «непонятной» для рассказчика ситуации, группа может выявлять его субъективны «слепые пятна», благодаря или вопреки его «тщательной подготовке». На этом этапе ведущий и члены группы внимательно наблюдают за поведением и эмоциональными реакциями участников, сопровождающими рассказ, могут делать записи для предстоящего обсуждения. В заключение рассказа ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по предлагаемому случаю таким образом, чтобы они были центрированы на взаимо- отношениях врача и данного пациента, а не на технических деталях.

Классическая балинтовская группа была центрирована именно на взаимоотношениях «врач– больной», а не на технических деталях лечебного процесса (клинический разбор) или личностных особенностях данного специалиста (личностный тренинг). Можно сказать, что основная задача ведущего – удержать группу от «сползания» к личностно безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с подобными пациентами?», а с другой стороны, от

«сползания» к групповой терапии участников, ориентированной на проработку личностной про- блематики врачей. И клинический разбор, и личностный тренинг – чрезвычайно важные формы практической подготовки врачей и психологов, но... это не балинтовская группа. Основным усло- вием продуктивной работы балинтовской группы является создание атмосферы доверия, эмоцио- нальной заинтересованности, сочетающейся с ощущением «безопасности открытости», баланси- рование между «холодной» атмосферой клинического разбора и излишне «горячей» ситуацией личностного тренинга. В любой группе ведущему придется столкнуться с защитными уклонения- ми в разные стороны, и его задача – терпеливо возвращать группу «на путь истинный». Поэтому уже на этапе формулировки вопроса рассказчика важно удержать его от клинического подхода:

«Что делать?», или личностного вопроса: «Что во мне самом могло мешать?» и помочь ему сфор- мулировать вопрос, центрированный на взаимоотношениях «врач–больной». «Почему именно с этим пациентом у меня не сложилось конструктивных отношений?». «Почему он прервал лече- ние?» и т. п. Подобные вопросы тем более уместны, так как чаще речь идет о терапевтических стереотипах: «Во многих случаях такой подход к пациентам помогал мне, но только с этим что-то не получилось». Решение задачи «балансирования» становится еще более важным и трудным для ведущего на последующих стадиях групповой работы.

В классической балинтовской группе поведение участников жестко не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Но наш опыт работы с отечественными специалистами, которые своей эмоциональностью и тенденциями к «дискуссионности» создают ситуацию деструкции при отсутствии формализованного контроля, подсказал вариант балинтовской работы со струк- турируемыми этапами. В частности, на этапе задавания вопросов рассказчику всем' участникам по кругу предлагается возможность задать ему уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в групповую дискуссию. Нередко уже на этом этапе рассказчик с удивлением отмечает, что почему-то забыл или не учел весьма важные аспекты. В ряде случаев рассказчик соглашается с тем, что вопросы, поставленные членами груп- пы, могут быть более существенными, чем его собственные, для прояснения рассказанной им си- туации

На следующем этапе обсуждения всем участникам по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные рассказчиком вопросы. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. От- веты типа: «Я тоже не знаю, что надо было бы делать в твоей ситуации...» – могут иметь для рас- сказчика и группы не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы». Ведущий вни- мательно следит за сохранением фокуса обсуждения на взаимоотношениях «врач–больной», предотвращая «терапию рассказчика группой», фиксацию на технических деталях и подмену ба- линтовской работы «клиническим разбором». Поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая». Важной функцией ведущего является и эмоциональная поддержка рассказчика, помогая ему выдержать критические высказывания, не прерывая дискутантов и коллег, предлагающих свое видение ситуации, зачастую окрашенное проекцией. Особую ценность приобретают высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Для предот- вращения блокирующих дискуссий в процессе обсуждения ведущему неоднократно приходится напоминать группе и рассказчику следующий факт: «независимо от нашего согласия или несогла- сия с данной точной зрения ситуацию подобным образом мог видеть и наш пациент». В процессе обсуждения в случае выступления «советчика и критика, обладающего истинной в последней ин- станции» (а таковые встречаются почти во всех группах), целесообразно предложить «советчику» реализовать свои советы в психодраматическом этюде. Роль пациента предлагается рассказчику. Это обычно снижает критическую установку группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев ролевая игра может провоцировать конструктивный инсайт у членов группы. Реже ролевая игра используется на этапе группового опроса рассказчика, способствуя пониманию груп- пой предложенной ситуации. Балинтовская группа помимо прочего ценна предоставлением воз- можности коллективного творчества. В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников провоцируют продолжение дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностности к углублению виде- ния проблемы. В группах, где критический радикал значительно превышает эмоциональную под- держку рассказчику, ведущий может предложить всем участникам отмечать и положительные ас- пекты представленного случая. Для купирования эмоционального шока рассказчика, мешающего восприятию конструктивной информации в критических высказываниях, ведущим может быть предложено ему выбрать среди участников группы своего «полномочного представителя», свое- образного «переводчика» шоковой в эмоционально нейтральную информацию. В конце обсужде- ния ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Необходимо отметить, что за- дачей балинтовской группы является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истин- ного видения предложенной ситуации, но расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Динамика балинтовской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для предотвращения обычной групповой динамики запрещается критика ве- дущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовской группе позволяет делать предположения о том, что наблю даемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предла- гаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться доста- точно глубоко и многосторонне. С высокой долей вероятности можно предполагать, что пережи- вание скуки у некоторых членов группы во время рассказа о случае соответствует скуке самого врача при выслушивании жалоб и анамнеза пациента, а раздражение других членов группы в ответ на определенное поведение рассказчика повторяет чувства его пациента.

При экзистенциальном варианте ведения балинтовской группы после доклада участники БГ имеют обыкновение задавать вопросы, для лучшего понимания и дополнения картины. Затем до- кладчика просят выйти из круга, в котором продолжится дискуссия; ему предлагают занять наблюдательную позицию. Позже в определенный момент времени или же в конце он будет иметь возможность вернуться к работе в группе и высказать результаты своего наблюдения. До этого момента он лишь следует процессу обсуждения так, как будто это мультимедийные события, ини- циированные им. Психодинамические процессы, критические и спорные замечания при этом ограничиваются и не интерпретируются в качестве критики докладчика.

Остальные участники приглашаются к сообщению своих свободных ассоциаций (мыслей), возникших во время сообщения. Это могут быть теоретические рассуждения, касающиеся даль- нейшей диагностики или дифференциальной диагностики. Это могут быть ассоциации в отноше- нии к пациенту (пациент напоминает мне моего пациента), воспоминания о случаях из собствен- ной жизни, эмоции (аффекты, чувство принятия или отвержения0, ощущения, которые не нахо- дятся в видимой связи с докладом (мысли об уклонении, напряженность, скука, внутренняя пусто- та, любопытство), телесные ощущения (сердцебиение, мышечное напряжение, усталость, расслаб- ление). А также фантазии и внутренние картины (например, из области криминалистики или кар- точных игр и т.д.). В результате всех этих наблюдений возникает воображаемая многогранная кар- тина взаимоотношений между пациентом и врачом, которую можно сравнить с зеркальным отра- жением и содержащую при дальнейшем рассмотрении озадачивающее сходство с действительно имевшими место событиями, даже с фактами, которые во время доклада были представлены в не- явной форме.

Во время группового обсуждения присутствуют процессы групповой динамики на эмоцио- нальном и когнитивном уровнях: поляризация, различные позиции «за» и «против». Докладчик при этом имеет возможность следить за групповой динамикой и сравнивать происходящее со сво- ими ощущениями без опасения вызвать непосредственную критику. Специалисты в области пси- хического здоровья, не воспринимающие своих чувств в отношении к клиенту или же не придаю- щие им значения, первоначально раздражены в таких группах, пытаются привести этому рацио- нальные объяснения («до того времени, как не уточнен диагноз, нет смысла дальше дискутировать об отношениях). Нередко они не могут воспользоваться работой балинтовской группы, так как очень рано обрывают свое участие в ней, считая все происходящее чепухой. В том случае, если они остаются, они могут к своему удивлению постепенно снять свою защиту и использовать свои наблюдения в терапевтических целях.

В целях стимуляции процесса саморефлексии и самокоррекции при выполнении супервизии первого уровня прямая обратная связь требует от супервизора наибольшей деликатности, сохра- нения атмосферы безопасности и доверительности контакта. Для супервизора необходимыми ка- чествами являются не только профессиональная компетентность, но и владение методикой и ме- тодологией обучения, способность к воодушевлению и побуждению коллеги к спонтанности и ак- тивности, усилению эмпатии и используемых психотерапевтических приемов, что, безусловно, ведет к продуктивному изменению перспектив в ведении представленного на супервизию случая и профессиональному развитию супервизируемого.

В ходе обсуждения супервизор составляет заключение в письменной форме, где отражаются только особенности работы и ошибки супервизируемого, без описания личностно-профессио- нальных качеств, дается оценка работы и рекомендации супервизируемому. Обязательна отметка о количестве часов супервизии (каждый оцениваемый пациент – 1 засчитываемый час суперви- зии). Она делается в супервизорском заключении и в личной карте супервизируемого. Заключение

и отметка в личной, карте супервизируемого сопровождаются отметкой даты и личной подписью супервизора.

В то же время в предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое супервизируемым) время супервизора: анализ представленных супервизо- ру материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым – 1 час, оформление заключения – 0,5 часа.

В долгосрочной супервизорской группе супервизорское заключение пишется по окончании контракта на каждого участника группы. Контрактом предусматривается представление на груп- повой супервизии каждым участником группы не менее 2-х пациентов (психотерапевтических сессий). В личной карте супервизируемого засчитываются по 2 супервизорских часа за каждый случай, представленный на группе.

Это позволяет реализовать потребность психотерапевтов в дидактической группе, в возмож- ности концептуализации своей работы, получения поддержки коллег и обретения профессиональ- ной уверенности, в ней могут продуктивно взаимодействовать приверженцы различных направле- ний психотерапии.

Благодаря коллегиальному обсуждению отдельных фрагментов терапевтической или педаго- гической работы во время супервизии специалисты получают возможность расширить арсенал подходов и методов, повысить рефлексию субъективного опыта и развить необходимую степень концептуализации практической деятельности. Косвенным путем супервизия помогает специали- стам соприкоснуться с личностными проблемами самопонимания, препятствующими установле- нию контакта с пациентом, побуждая их в дальнейшем к самостоятельному личностно- профессиональному совершенствованию.

Мастерство супервизора-наставника определяется наличием у него таких личностно- профессиональных качеств, как умения оказывать поддержку стажеру, способности к сопережи- ванию и уважению супервизируемого, использования в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого.

Наоборот, неэффективный супервизор-наставник имеет следующую характеристику: непод- держивающий, ригидный, закрытый, негибкий, неуважающий супервизируемого, колеблющийся, нечеткий в постановке целей, скрытный, «сексист» (имеющий жесткие иррациональные установки в отношении мужских и женских ролей), не заинтересованный в профессиональном росте стажера. Таким образом, для проведения эффективной супервизии и наставничества в процессе про-

фессионального роста супервизируемый (стажер) нуждается в балансе поддержки и критики со стороны более опытного коллеги.

Согласно зарубежному опыту супервизии, профессиональные ассоциации сами определяют частоту супервизии и количество необходимых часов супервизии в год. Чаще всего психотерапевт представляет на супервизию одного пациента в процессе лечения (например, каждый 3-й прием этого пациента) на протяжении 1,5 лет, а в случае работы в групповой супервизии, на каждого участника группы должно приходиться не менее 2-х докладов в группе в течение года.

СУПЕРВИЗИЯ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

С точки зрения теории, отличительным признаком семейной супервизии на протяжении всей ее короткой истории была системная ориентация. Другой характерной ее чертой был акцент на очные формы супервизии и рассмотрение этических вопросов в более широком семейном, культуральном и общественном контексте. Супервизия в семейной терапии – это «специфичное развитие терапевтиче- ских возможностей супервизируемого в контексте лечения семей.

Семейная система часто описывается как постоянно эволюционирующая и саморегулируемая. В процессе консультирования системные изменения проявляются во взаимодействиях между членами се- мьи и во взаимодействиях с другими системами (такими, как супервизор, группа консультантов, службы социальной помощи, правовые системы и т.д.). Более того, каждая семья-клиент может восприниматься как особая группа людей, имеющих общую и уникальную историю, присущие лишь им внутренние правила и социальное поведение.

Вследствие этого, супервизируемые семейного консультирования встречаются с особенно слож- ной и сильно изменчивой ситуацией, в которой они могут испытывать выраженную тревогу. Использу-

емые в супервизии подходы могут считаться методами эффективного совладания как со сложностью и силой семейной системы, так и со вторичной тревогой супервизируемых.

Тревога также может возникнуть тогда, когда супервизируемые сталкиваются в работе с ситуаци- ей, сходной с их собственной обстановкой в семье. Обычно супервизоры семейного консультирования обращают больше внимания на развитие клинических навыков супервизируемых, нежели на помощь коллегам в разрешении семейных проблем. Среди этих супервизоров принято проводить супервизию, основанную на компетентности и четко отграниченную от личной психотерапии. Эта практика свиде- тельствует об общем убеждении, что, имея солидный репертуар клинических целей и навыков, суперви- зируемые смогут справляться с эмоциями и проблемами, как со своими, так и с принадлежащими кон- сультируемым семьям.

Супервизоры семейной психотерапии считают очную супервизию особенно эффективной, так как супервизор может помогать и супервизируемому, и семье, изменяя ход консультирования в процессе наблюдения. К другим общепринятым методам супервизии относят просмотр видео– или аудиозаписей и устный отчет.

Одна из целей просмотра видеозаписи – помочь коллегам улучшить их навыки восприятия и кон- цептуализации. После просмотра части сеанса супервизируемого можно попросить, например, описать

«лейтмотивы» или взаимодействия членов семьи; наметить тип вмешательства, которое было бы эф- фективно в сходных ситуациях в дальнейшем; рассказать, что нового они узнали о семейном консуль- тировании после этого сеанса. Практика устных отчетов супервизируемого также способствует клини- ческому росту. Устный отчет благоприятствует процессу взаимного задавания вопросов между суперви- зируемым и супервизором, что помогает супервизируемому организовать информацию о семьях и «но- сителях симптомов» в удобную для анализа систему. Многие идеи, изменившие супервизию семейного консультирования, порождены точкой зрения социальных конструкционистов. Это – мнение, что «ре- альность формируется нашим видением мира».

Влияние конструктивистких (нарративных) идей на семейную терапию привело к трансформации некоторых принципов проведения групповой супервизии в этой области. Остановимся на некоторых из них.

1. Члены группы наблюдателей вместе участвуют в беседе. Преимущество реальной беседы со- стоит в том, что идеи рождаются и развиваются во взаимодействии членов группы.
2. Психотерапевты пытаются не инструктировать и не направлять семью. Вместо этого необходи- мо выявить многообразие восприятий и конструкций так, чтобы члены семьи могли выбрать то, что им интересно или полезно.

Один из конструктивистских методов супервизии использует рефлексивную группу равных. Та- кой процесс часто начинается с интервью, в котором супервизор предлагает супервизируемому разо- брать случай, связанный с консультированием семьи (очно или заочно), в то время как группа молча наблюдает. Затем члены группы делятся разнообразными наблюдениями и мыслями, которые, по их мнению, могут помочь супервизируемому в работе с семьями. В задачи рефлексивной группы входит: а) активное участие супервизируемых в совместном конструировании реальности; б) создание атмосферы сотрудничества и поддержки; в) поощрение обмена альтернативными мнениями, которые могут помочь супервизируемым решить тупики и дилеммы, возникающие в консультировании. Члены команды обме- ниваются мыслями с супервизируемым в демократичной манере и часто используют вопросительные утверждения типа: «Интересно, что было бы, если...», «Может ли быть так, что...» или «Что изменилось бы, если...».

Являются ли модели супервизии взаимоисключающими, или они могут уживаться? Модели си- стематично уделяют внимание благоприятным супервизорским отношениям, целенаправленной струк- туре, методам, включающим разнообразие стилей обучения, множественности супервизорских ролей и улучшению навыков коммуникации (слушание, анализ, уточнение). Специфическая модель реализуется преимущественно через вариант индивидуальной супервизии, но не исключает группового варианта (например, психодраматическая или психоаналитически-ориентированная групповая супервизия).

ИНТЕГРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ

Интегративная модель базируется на подходе к психотерапии как к стратегии и тактике те- рапевтического контакта, независимо от выбора стратегии воздействия. Интегративная модель су- первизии в таком случае становится универсальной и концентрируется на следующих моментах:

* + процессе терапевтического контакта (вербальная и невербальная коммуникация, глубина, эмоциональность и др.);
	+ информированном согласии;
	+ структурировании сессии и курса;
	+ процессе концептуализации психосоциогенеза заболевания или симптомов;
	+ избранных мишенях для работы (например, симптом, личность, уровень организации лич- ности, когнитивные, эмоциональные, мотивационные процессы, межличностные отношения и др.);
	+ соответствии выбора целей и средств вмешательства;
	+ целенаправленности и результативности психотерапевтического процесса в целом. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КОНТРАКТА

**Супервизорский контракт** – документ, составленный в форме единовременного или долго- срочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). В супервизорском контракте оговорены следующие условия супервизии:

* + предварительно обсужденные цели супервизии, исходящие из заявки супервизируемого и требований супервизора;
	+ количество представляемых на супервизию случаев (пациентов);
	+ фиксированное место, количество и время встреч;
	+ модель, уровень, форма и вариант супервизии;
	+ форма и объем материала, представляемого супервизируемым;
	+ количество рабочих (оплачиваемых) часов супервизора;
	+ количество зачетных часов супервизии;
	+ форма заключения супервизора и сроки его представления;
	+ гонорар супервизора (сумма, форма и сроки оплаты). Контракт скрепляется личными под- писями супервизора и супервизируемого.

Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого. В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вари-

ант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запро- са супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

ФОРМАЛЬНЫЕ МОМЕНТЫ СУПЕРВИЗИИ: ГРАНИЦЫ, РАБОЧИЙ АЛЬЯНС, ФОРМАТ СЕССИИ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ, ОБСУЖДЕНИЕ КОНТРАКТА, СТИЛИ СУПЕРВИЗИИ, ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СУПЕРВИЗИИ.

***Границы.*** Основные границы определяются тем, что супервизорские сессии всегда должны начинаться с исследования рабочих вопросов и заканчиваться обзором того, что супервизируемый собирается делать дальше в рамках этих вопросов. Личный материал прорабатывается в ходе сес- сии только в случае, когда он прямо влияет на обсуждаемый вопрос, или испытывает влияние с его стороны, либо, когда он касается отношений в супервизии.

В контракте на супервизию должны быть ясно отражены границы конфеденциальности. Та- ким образом, формируя контракт относительно границ в любой форме супервизии, будет одина- ково неверным говорить о полной конфеденциальности всего, что происходит на сессиях, или о том, что нет ничего конфеденциального.

***Рабочий альянс.*** Формирование рабочего альянса начинается с обсуждения взаимных ожи- даний. На этапе заключения контракта полезно делиться не только сознательными ожиданиями, но и надеждами и страхами.

Хороший рабочий альянс строится не на списке соглашений и правил, а на растущем дове- рии, уважении и доброй воле между обеими сторонами.

Поделившись надеждами, страхами и ожиданиями, полезно начать обсуждение того, какой типичный формат сессии более предпочтителен.

***Организационный и профессиональный контекст.*** В большинстве супервизорских ситуа- ций помимо непосредственных участников контракта существуют другие заинтересованные сто- роны. Это оранизация(ции), в которой проводится работа. Она может придерживаться собствен- ной открытой политики супервизии, и тогда организационные ожидания уточняются. Когда нет открытой политики, неизбежно существуют имплицитные ожидания, которые нужно обсудить.

### Элементы контракта.

Оплата – если супервизия не исходит от агенства, то обычно оплата определяется стандарта- ми сообщества.

Количество часов – стандартом является примерно 50 часов супервизии в год для терапевти- ческой практики с полной загрузкой и, соответственно, меньше – при частичной загрузке.

Место и время встреч – супервизор ответственен за то, чтобы супервизируемый им терапев- тический процесс осуществлялся в условиях адекватного профессионального сеттинга.

Контракт в черезвычайных ситуациях – супервизор предоставляет обучаемому номера теле- фонов для контакта в черезвычайной ситуации.

Презентация случая – в этом разделе указывается, что ожидается от обучаемого.

«Журнал полетов» – ведение дневника случаев.

Терапевтическая нагрузка – определение типа и рода клиентов для супервизируемого – насколько это можно контролировать.

Стиль – супервизор кратко определяет стиль, в котором намеревается работать.

Ответственность за клиента – супервизорам часто бывает непросто определить этот пункт письменно, поскольку он имеет юридические последствия.

Черезвычайная ситуация в терапии – между супервизором и обучаемым должно быть заклю- чено соглашение, связанное с черезвычайными ситуациями во время терапии.

Оценка прогресса – периодически оценивается прогресс обучаемого. Обычно результаты со- общаются обучаемому и обсуждаются с ним.

Выражение озабоченности супервизора – может возникнуть серьезное беспокойство в связи с прогрессом обучаемого, его способностями, философскими взглядами или используемыми им практиками. Способ, каким он может выразить это беспокойство, должен быть определен с самого начала.

Претензии – если во взаимодействии супервизора и супервизируемого возникают проблемы, связанные с их отношениями, с компетентностью или поведением одного из них, то обычно они обсуждают эти проблемы между собой. Если обсуждение проблем не приводит к их разрешению, используются альтернативные пути.

Конфеденциальность – в исходном контракте указывается, с кем супервизор

Может делиться материалом супервизорских сессий; это должны быть люди, к кому супер- визор готов обратиться за поддержкой, супервидинием или консультацией. Две стороны оговари- вают, какого рода материал может быть вынесен за рамки их отношений, в каких обстоятельствах это будет делаться и кому он может быть предъявлен.

Подотчетность супервизора – супервизор называет людей и агенства, которым он подотче-

тен.

### Подготовка супервизии.

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходи-

мых фрагментов практической работы с клиентами: от интервью и формулирования диагноза, вы- деления психологических мишений и заключения психотерапевтического контракта, информиро- вания клиента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического вмеша- тельства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы.

При планировании формы и объема материала супервизор имеет право запрашивать для су- первизии материалы сессий с разными пациентами (не менее трех) или психотерапевтические за-

нятия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, отражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Супервизорские отношения определяются также супервизорскими стилями. Супервизорский стиль – это манера, в которой работает супервизор с супервизируемым.

Выделяют эффективные и неэффективные супервизорские стили. К эффективным стилям относят:

1. Ориентированный на решение проблемы: фокусировка на структурированном, целена- правленном и тщательном подходе к супервизии.
2. Межличностно-сензитивный: фокусировка на отношениях между супервизором и супер- визируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях.
3. Располагающий стиль, который характеризуется теплом, помощью, дружеским поведени-

ем, поддержкой и открытостью по отношению к супервизируемому.

К неэффективным стилям относят:

1. *Аморфный стиль*. Характеризуется недостаточной ясностью в отношении супервизии и связанных с ней надежд социального работника, а также малой структурированностью и руковод- ством.

Не структурирующий ситуацию супервизор не помогает новичку-супервизируемому удовле- творить потребность в руководстве. Супервизор должен признавать потребности начинающих в руководстве и действовать в соответствии с ними.

1. *Неподдерживающий стиль* характеризуется холодностью, отчужденностью, а иногда и враждебностью. Подобный супервизор нередко приписывает проблемы супервизии сопротивле- нию супервизи-руемого, забывая о своём участии в проблеме. Поддержка супервизируемого явля- ется важным элементом его развития в супервизорских отношениях. Супервизируемый специа- лист, который чувствует недостаток поддержки и избыток критики, в ответ начинает проявлять защитное поведение и демонстрирует различные формы сопротивления. В рамках супервизорских отношений супервизируемый не является ответственным за регулирование этих отношений. Это ответственность супервизора.
2. *Терапевтический стиль*. Супервизор склонен приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого. У специалистов обычно не возникает проблем, когда им гово- рят, что они делают что-то не верно. Гораздо большей проблемой для них является ситуация, ко- гда причиной терапевтических неудач супервизор считает личностные проблемы самого специа- листа. Супервизируемым не нравятся попытки супервизора корректировать эти проблемы в ле- чебной манере прямо во время сессии.

Для диагностики стилей авторы Висконсинского тренингового проекта по супервизии пред- ложили краткий перечень характеристик, относящихся к тому или иному стилю. Эти характери- стики были основаны на работе Фридленда и Варда, где выделись стили: ориентированный на ре- шение проблемы, межличностно-сензитивный, располагающий. Данные стили в методике имели следующие характеристики:

* + ориентированный на решение проблемы – целенаправленный, ясный, конкретный, прак- тичный, структурированный, оценивающий, предписывающий, дидактичный, тщательный, сфоку- сированный;
	+ межличностно-сензитивный – опекающий, обладающий восприимчивостью, интуицией, рефлексией, креативностью, ресурсностью, терапевтичностью, высокой вовлеченностью;
	+ располагающий – приятный в общении, дружелюбный, гибкий, открытый, позитивный, внушающий доверие, проявляющий тепло и поддержку.

Каждая из характеристик в методике оценивается по семибалльной шкале, что позволяет по сумме баллов выявить преобладающий стиль.

Различают индивидуальную и групповую супервизию. И та, и другая может проходить в оч- ном (живая супервизия) или заочном формате (записи, аудио– и видеозаписи, сообщение терапев- та). Супервизия может проходить в присутствии супервизора или в формате коллегиальной груп- повой супервизии.

*Индивидуальная супервизия*

Многие супервизоры предпочитают работать со своими суперви-зируемыми индивидуально. Это предполагает постоянное расписание встреч, обеспечение обратной связи супервизируемому, использование аудио– или видеозаписей терапевтической сессии. Супервизор может попросить терапевта описать причину, по которой он выбрал именно этот отрезок сессии для супервизии.

При индивидуальной су-первизии у супервизора появляется много возможностей убедиться в широком спектре терапевтических стратегий терапевта, сделать собственную оценку прогресса клиента. Кроме того, он может спросить терапевта о его восприятии своей эффективности, осозна- вании своих возможностей и ограничений.

В «живой», или очной, супервизии (face-to-face supervision, live supervision) метод наблюде- ния терапевта сочетается с коммуникацией, что позволяет супервизору взаимодействовать и вли- ять на работу терапевта, пока идет сессия.

Методы «живой» супервизии:

* с помощью телефона и наушников супервизор, наблюдающий сессию через одностороннее зеркало, помогает супервизируемому в трудные моменты. К сожалению, этот подход предполагает слишком явное вторжение в границы терапии;
* прямой мониторинг – супервизор наблюдает сессию и останавливает ее, когдаутерапев- тавозникаюттрудности. Недостаток тот же;
* супервизор входит в комнату в заранее оговоренный момент и взаимодействует с клиентом и терапевтом;
* консультации по телефону в перерыве сессии;
* письменное послание терапевту.

Сравнительно недавно для супервизии стали использовать компьютеры (Neukrug, 1991). Су- первизор, наблюдающий процесс через одностороннее зеркало, посылает супервизируемому со- общение на компьютер, монитор которого находится в зоне его видимости. Для заочной супервизии (case supervision) супервизор может попросить терапевта сделать наброс- ки записей о терапевтическом процессе (Bernard & Goodyear, 1992). Такое сообщение может но- сить формализованный характер, например:

1. сформулировать цели сессии;
2. определить, что в ходе сессии могло изменить цели терапии;
3. какова была основная тема сессии;
4. описать интерперсональную динамику между терапевтом и клиентом;
5. определить, насколько успешной была сессия;
6. описать, что нового терапевт узнал о процессе;
7. сформулировать планы на будущую сессию;
8. написать вопросы к супервизору относительно данной и следующей сессий.

Кроме того, в ходе заочной супервизии супервизируемые терапевты могут предъявлять су- первизору видео– и аудиозаписи, сделанные во время терапевтической сессии, в процессе непо- средственного контакта на супервизорской сессии и через Интернет. Электронная связь помогает получать необходимую профессиональную помощь на большом расстоянии и обеспечивает чув- ство связанности, возможность контакта в необходимое супервизируемому терапевту время, об- легчает хранение такой информации, а также дает возможность для сотрудничества между колле- гами-терапевтами.

Для мониторинга супервизии супервизоры используют различные методы оценки уровня профессионального развития супервизируемо-го. Одним из таких методов является составление протоколов работы. Протокол ведется для рефлексии терапевтического опыта супервизи-руемого терапевта. Ведение протоколов полезно для структурирования процесса мышления о случае, вы- деления полезных направлений супервизорской работы, предупреждения супервизора о появлении проблем в работе. Протоколы обеспечивают регулярную коммуникацию супервизора и суперви- зируемого терапевта.

Для протоколов, предложенных Висконсинскимтренинговым проектом по супервизии, тера- певтам первого уровня рекомендуется структурирование по темам. Супервизируемому предлага- ется письменно ответить на вопросы по следующим темам.

## Формы супервизии

**Очная –** это вариант ко-терапии с обсуждением очно наблюдаемой супервизором работы супервизируемого немедленно после окончания лечебной сессии (индивидуальной, семейной или групповой) или прерыванием психотерапевтического сеанса и управление событиями по мере необходимости. Присутствие ко-терапевта (супервизора) на сессии согласовывается с пациентом и членами лечебной группы.

Разделяют несколько вариантов очной («живой») супервизии в зависимости от временных, пространственных и личностных параметров: временная (немедленная или отсроченная), про- странственная (внутри или снаружи комнаты) и личностная (с присутствием пациента). Последняя форма возникла из школы системной семейной психотерапии.

Существует еще одна разновидность очной групповой супервизии: пациент со сложным клиническим случаем приходит на консультацию, и психотерапевт должен быть готов к группо- вой дискуссии. Правила работы группы заключаются в организации супервизором индивидуаль- ных заданий (например, один участник фокусируется на нарушениях границ в семье, другой – на особенностях стиля общения). Задача супервизора руководить групповым процессом и суммиро- вать полученные данные. Преимущество этого метода заключается в приобретении равного уров- ня компетентности среди членов группы. В последние годы приобрела популярность также орга- низация наблюдательной или отражающей команды. Она может посылать сообщения в комнату, входить, поддерживать, а иногда оппонировать психотерапевту. Такая команда иногда формиру- ется таким образом, чтобы ее участники могли заменить психотерапевта на следующей сессии или эмоционально вовлекаться в интервью с пациентом (семьей). Члены команды могут быть привле- чены для генерации идей и гипотез, а также способов психотерапевтических вмешательств. При таком подходе сочетаются лечение и тренинг. Причиной популярности этого метода в системной семейной психотерапии служит «групповое осознание» проблем клиента и его семьи.

Преимущества очной супервизии: меньше временных и материальных затрат, лучший кон- такт супервизора с супервизируемым и большая степень доверия к супервизору, сочетание обу- чения и психотерапии. Недостатки: подавление спонтанности супервизируемого, излишняя

«включенность» супервизора в контакт с пациентом, снижающая качество восприятия и анализа текущей информации от супервизируемого; зависимость психотерапевта от опытного коллеги и подкрепление его пассивной позиции;

вторжение в конфиденциальность психотерапии; разрыв естественного течения занятия; ме- ханизация терапевтического процесса, нарушение границ между психотерапевтом и супервизо- ром.

**Заочная** супервизия считается наиболее оптимальной ее формой. Супервизируемый, исходя из предварительной договоренности с супервизором, предоставляет ему те или иные материалы психотерапевтической работы (индивидуальной, семей-

ной, групповой). Результаты могут быть представлены в виде устного доклада (обычно для групповой супервизии) о какой-либо одной терапевтической сессии или серии сессий, стенограм- мы или аудио-, видеозаписи.

**Очно-заочная** супервизия – специфическая форма, используемая в системной семейной психотерапии. Она осуществляется группой супервизоров-ко-терапевтов, находящихся в соседнем кабинете и наблюдающих работу супервизируемого через зеркальное стекло. Супервизируемый, в любой момент семейной сессии, испытывая трудности, может проконсультироваться с су- первизорами по телефону, о чем предварительно договариваются с семьей. Группа супервизоров в данном варианте не только проводит текущую супервизию, но и участвует в выработке за- ключения и рекомендаций для семьи. В некоторых случаях супервизор может присутствовать на семейной сессии очно. В России этот метод используется редко.

УРОВНИ СУПЕРВИЗИИ В МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ: ОРИЕНТАЦИЯ НА СЕБЯ, ОРИЕНТА- ЦИЯ НА КЛИЕНТА, ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОЦЕСС, ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОЦЕСС В КОНТЕК- СТЕ.

Основной моделью супервизии, описываемой в публикациях по супервизии в сфере консуль- тирования, стала **модель развития**. Согласно этой модели, супервизор должен владеть **спектром**

**стилей** и подходов, которые **модифицируютс**я по мере того, как консультант приобретает опыт и поднимается на следующий уровень развития.

Модель развития, включает в себя четыре основных уровня.

## Уровень 1: ориентация на себя

Первый уровень характеризуется **зависимостью** супервизируемого от супервизора. Он мо- жет испытывать **тревогу,** ощущать **небезопасность** своей роли и сомневаться в своей способности реализовать эту роль; он может испытывать **недостаток понимания**, но при этом быть **высокомотивированным**.

Существует два основных источника тревоги у молодых супервизируемых – объективное само- осознание ожидание оценивания и **»Объективное самоосознание**» – термин, обозначающий, что фокусирования на самом себе... может провоцировать негативную оценку собственного пове- дения и усиливать чувство тревоги»

Молодые супервизируемые, не имея опыта построения системы критериев для оценки соб- ственного поведения, могут быть очень зависимы от оценки их работы супервизором. Опасения супервизируемого могут быть связаны с тем, что супервизор в ходе обучения или в процессе об- суждения работы принимает на себя роль **формального оценщика**. Эти опасения могут суще- ствовать постоянно в виде интереса к тому, как супервизор видит их работу и как их **сравнивают** с другими супервизируемыми.

В целом, однако, супервизия стимулирует **рефлексию,** и для молодого супервизируемого это процесс, неизбежно вызывающий тревогу.

На этом уровне работникам **сложно** увидеть терапевтический процесс в целом. Это может вызывать у них нетерпение или страх.

Чтобы справиться с тревогой, нормальной для супервизируемых на первом этапе, супервизор должен обеспечить **ясную структурированную обстановку с позитивной обратной связью** и побуждением супервизируемого продвинуться от незрелых попыток **судить** себя и клиента к **анализу** того, что в действительности происходило.

«Дозирование поддержки и неопределенность – вот основные трудности, встающие на пути супервизора, работающего с начинающим терапевтом»

## Уровень

**2: ориентация на клиента**

На этом этапе супервизируемые **преодолеваю**т начальную **тревогу** и начина- ют **движение** между **зависимостью и автономией** и между самонадеянностью и растерянностью. Трудно устанавливать ограничения и говорить «нет» своим клиентам или отстаивать свое свободное время... он неспособен отделить трудности других людей от собственной внутрилич- ностной динамики или рассматривает **свой** собственный **успех или неудачу** как **успех или неуда-**

## чу своих клиентов.

В работе с клиентами супервизируемые, находящиеся на уровне 2, действуют менее упро- щенно и **сфокусированы как на процессе развития клиента**, так и на **своем обучении**:

Недостаток изначальной уверенности и упрощенность подходов могут привести к тому, что некоторые супервизируемые будут испытывать гнев по отношению к своим супервизорам, рассматривая их как виновников своего разочарования.

Некоторые авторы сравнивают этот уровень развития с **подростковым возрастом** – нор- мальным этапом развития человека, тогда уровень 1 подобен **детств**у, уровень 3 – **молодости** и уровень 4 – **зрелости**.

Конечно, работа на уровне 2 может восприниматься как **родительская забота о подростке**. Это проверка авторитетов на прочность, перепады настроения, но одновременно – необходимость и в пространстве для учения на своих ошибках, и в определенных ограничениях и сдерживании. На этой стадии супервизируемый может становиться **более активным**, чем его клиент.

На уровне 2 супервизор должен быть менее **структурированным и дидактичным,** чем на уровне 1, но при этом требуется значительный **контроль над эмоциями**, так как состояние супер- визируемого может колебаться от возбуждения до депрессивных переживаний.

## Уровень 3: ориентация на процесс

На уровне 3 возрастает профессиональная уверенность и наблюдается только **условная за- висимость** от супервизора. Он или она **расширяют осознание и** демонстрируют более устойчи- вую мотивацию. Супервизия становится более **партнерским процессом**, возрастает доверие и усиливается профессиональная и личная конфронтация.

На уровне 3 супервизируемые становятся более способны применять **свой подход** к клиен- там, чтобы удовлетворить их конкретные индивидуальные потребности в конкретный момент. Они уже в состоянии **видеть клиента в более широком контексте**. Работник демонстриру- ет **навыки полного присутствия** с клиентом во время сессии с особым вниманием к тому, как укладывается настоящий процесс в контекст:общего процесса терапевтических отношений;личной истории пациента и его жизненных паттернов;обстоятельств внешней жизни клиента;жизненного этапа клиента, социальной среды и этических норм.

На уровне 3 трудно понять, в каком теоретическом ключе обучался супервизируемый, по- скольку на этом этапе профессиональные навыки интегрируются в его личность, а не используют- ся как элемент выученной технологии.

## Уровень 4: ориентация на процесс в контексте

Этот уровень понимают, как «интегрирующий **уровень».** К моменту перехода на этот уро- вень работник становится «мастером» и» характеризуется **личностной автономией, высоким уровнем осознания, уверенностью в себе, стабильной мотивацией и пониманием необходи- мости работать над собственными личностными и профессиональными проблемами»** Часто на этой стадии супервизируемые сами начинают проводить супервизию, и это значительно углуб- ляет и повышает качество их обучения.

Работник часто считает, что сообщаем супервизору, чему хочет научиться.

На уровне 4 не происходит усвоения новых знаний, происходит скорее их **углубление и ин- теграция до состояния мудрости**. По этому поводу один суфийский учитель сказал: «Знание без мудрости напоминает незажженную свечу».

Можно провести параллель между стадиями развития супервизируемого и другими подхо- дами развития. Мы уже приводили аналогию со стадиями развития человека. Можно также срав- нить их со средневековой ремесленной гильдией. Ее работник начинал как новичок, затем стано- вился подмастерьем, потом независимым ремесленником и, наконец, мастером.

Находятся параллели для этой модели и в стадиях группового развития. Шутц (Schutz, 1973) утверждает, что начало развития группы связано с поиском ответа на главнейший вопрос, касаю- щийся включения/исключения: «Смогу ли я стать частью этой группы?» Разрешив этот вопрос, группа переходит к решению вопроса власти: выбор лидера, конкуренция и т. д. И только после этого группа подходит к вопросам близости и интимности: как быть ближе к другим и какова оп- тимальная степень близости. Такая последовательность ключевых вопросов присуща и развиваю- щему подходу в супервизии, особенно в случаях, когда супервизия является частью совместного обучения.

И наконец, четыре стадии развития супервизируемого могут рассматриваться с точки зрения места нахождения фокуса супервизии.

ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА СУПЕРВИЗИИ

1. ***Ошибки диагностики*** возникают из-за неумелого проведения интервью и слабого знания клинико-психологической диагностики, невнимания к вербальной и невербальной информации от клиента.

*Метод фокус-анализ*: техника, которая позволяет проанализировать все возможные пробле- мы клиента:

* + фокус на клиенте;
	+ фокус на др. личности;
	+ фокус на проблеме;
	+ фокус на психологе;
	+ фокус на общности;
	+ культурно-контекстный анализ.

*Адекватное использование диагностических методик*:

* + перенос/контрперенос;
	+ резкая интерпретация;
	+ открытая критика.

*Гипердиагностика/гиподиагностика*.

1. ***Ошибки присоединения*** – отражают ограничения психологом свободы выбора принятия реше- ния клиентом, когда мотивы взятия на терапию самого специалиста не совпадают с мотивами кли- ента.

### Тактические ошибки:

* + ограничение свободы выбора принятия решения клиентом;
	+ нечёткое формулирование запроса со стороны клиента;
	+ не произошло разделение ответственности между специалистом и клиентом за поставлен- ные задачи;
	+ клиент неправильно интерпретировал информацию о целях и характере психотерапии;
	+ психотерапия не соответствовала ресурсам клиента (темпу, клинической картине);
	+ низкая мотивация на изменения;
	+ не раскрыто табу на определенные темы при проведении психотерапии.

## Тема 3. Условия получения поддержки и супервизии специалистом помогающей про- фессии.

Основные факторы, мешающие получению поддержки: предыдущий опыт супервизии, лич- ное сопротивление и зависимая позиция, трудности в общении с авторитетами, конфликт ролей, внешние препятствия, неспособность принимать поддержку, организационные трудности.

## Препятствия, мешающие специалисту пользоваться супервизией:

1. Предыдущий опыт супервизии;
2. Личностное сопротивление и трудности в общении с авторитетами. Сопротивленим назы- вается защитное поведение, имеющие цель уменьшить тревогу. Первичной целью сопротивления является самозащита, с помощью которой супервизируемый защищает себя от возможной угрозы. Тревога в супервизии определяется рядом моментов: присутствием элементов оценки, необходи- мостью действовать, различиями в способностях. Одна из самых распространенных реакций – страх оказаться неадекватным, в то время, как супервизируемый хочет добиться успеха. Суперви- зия – обязательный компонент обучения. Супервизируемые могут воспринимать супервизора как равного, если не видят, что его возможности превосходят их.
3. Ролевой конфликт, ролевая неопределенность – неопределенность относительно ожиданий супервизора и методов его оценки, ролевой конфликт относится к ожиданиям супервизируемого, связанным с ролью студента (контрасной роли терапевта). Ролевая неопределенность превалирует на тренинговом уровне и уменьшается с обретением терапевтического опыта, а ролевой конфликт проявляется более у опытных терапевтов. Поэтому супервизорам рекомендуется быть вниматель- ными к признакам такого конфликта.

Часто сопротивлении в супервизии принимает форму игр, в которых супервизируемый осо- знанно или неосознанно пытается манипулировать или осущетвлять контроль над супервизовским процессом.

## Защиты:

1. Подход самобичевания – супервизируемый демонстрирует свою хрупкость в попытке от- влечь супервизора от своих болезненных проблем.
2. Покорность – ведет себя так, как если бы супервизор имел ответы на все вопросы.
3. Отвлечение внимания – уводит супервизора от навыков супервизируемого: «Чем оцени- вать мои навыки, лучше ответьте на мои вопросы».
4. Беспомощность и зависимость – супервизируемый с благодарностью «поглощает» всю информацмию от супервизора.
5. Перекладывание ответственности на супервизора и пр.

СТРЕСС, ВЫГОРАНИЕ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС В ПОМОГАЮЩИХ ПРО- ФЕССИЯХ

К первичным последствиям профессионального стресса относятся различные негативные психические состояния, возникающие в процессе и в связи с условиями профессиональной дея- тельности. Среди них – состояния утомления и переутомления, эмоциональный стресс, психонев- ротические реакции, острые стрессовые расстройства, другие острые формы нарушения психиче- ской адаптации. Их особенностью является то, что они возникают непосредственно в ответ на конкретный, хорошо идентифицируемый стресс-фактор (или группу стресс-факторов), непосред- ственно обусловленный им. При этом определенную роль играет индивидуальная повышенная уязвимость, связанная с наличием ряда специфических личностных особенностей, таких как высо- кая тревожность, эмоциональная лабильность и прочие.

Вторичные последствия ПС возникают в результате неуспешных или неадекватных попыток преодоления дезадаптивного состояния, а также несвоевременности (а то и просто отсутствия) не- обходимых реабилитационно – восстановительных и психокоррекционных мероприятий, недоста- точной психологической поддержки со стороны значимого социального окружения (семья, колле- ги, руководители). К ним можно отнести состояние «профессионального выгорания», снижение работоспособности, посттравматические стрессовые расстройства, злоупотребление алкоголем, сильнодействующими лекарственными средствами, повышенную агрессивность, депрессивные состояния, явления профессиональной деформации личности, ауто– и гетероагрессивное поведе- ние.

Наконец, третичные последствия ПС объединяют в себе целую гамму социально- психологических (включая внутрисемейные) и организационных феноменов, отражающих общее снижение качества и эффективности социального функционирования как отдельного сотрудника, так и группы в целом. Это – преждевременное увольнение со службы, текучесть кадров, ухудше- ние морально-психологической атмосферы в коллективе, дисциплинарные нарушения, внутрисе- мейные проблемы, социальная апатия и пессимизм, снижение удовлетворенности службой, повы- шенная конфликтность, а также суициды.

## Эмоциональное выгорание

Эмоциональное выгорание относится к вторичным последствиям профессионального стресса и является одной из распространенных форм профессиональной деформации личности. Следует отметить, что научное изучение этой проблемы началось в 70-х годах XX века с несколько неожи- данной стороны: работники американской «службы психологической и социальной поддержки» (психологи, социологи, врачи) довольно часто теряли необходимый психический тонус, станови- лись вспыльчивыми и раздражительными, в результате чего не могли дальше выполнять свои профессиональные функции.

Исследование причин развития этого недуга привело к открытию особой формы стрессового воздействия – «стресса общения»; само же болезненное явление получило достаточно вырази- тельное название: «выгорание персонала» или просто «выгорание». Его основную причину видели в психическом, эмоциональном переутомлении. С точки же зрения энергоинформационной кон- цепции основным болезнетворным фактором в данном случае является излишняя потеря энерге- тики у персонала, психически, технически и методически не подготовленного к этому обстоятель- ству. Суть дела в том, что любой разговор – это достаточно заметная потеря энергии. Неформаль- ное же общение, затрагивающее эмоциональную сферу работника «службы поддержки»,– это бук- вально оперативное, производимое в порядке скорой помощи обеспечение клиента биологической энергией. Организаторы этой службы не учли указанного момента и потому столкнулись с про- блемой сохранения здоровья своих работников.

При рассмотрении этого вопроса в более широком плане оказалось, что действительно «вы- горание персонала» быстрее и заметнее происходит в тех сферах, где профессионал по долгу про- фессии, да и просто в силу законов человеческого общения, проявляет к субъектам профессио- нальной деятельности внимание, участие, душевную теплоту. Жертвами «выгорания» в первую очередь становятся, психотерапевты, врачи, учителя, представители «помогающих» профессий, сотрудники правоохранительных органов, продавцы.

В настоящее время существует несколько моделей выгорания, описывающих данный фено- мен. На основе трехфакторной модели (К. Маслах и С. Джексон) был разработан опросник про-

фессионального выгорания. Синдром психического выгорания в этой модели представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и ре- дукцию личных достижений.

Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая выгорания и прояв- ляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Вторая составляющая (деперсонализация) сказывается в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от окружающих. В других – усиление негативизма, циничность установок и чувств по отношению к людям, в первую очередь, включенных в профессиональную деятельность.

Третья составляющая выгорания – редукция личностных достижений – может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям либо в пре- уменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отно- шению к другим.

Предложенные три компонента выгорания в какой-то степени отражают специфику той про- фессиональной сферы, в которой впервые был обнаружен данный феномен. Особенно это касается второго компонента выгорания – деперсонализации, показывающей нередко состояние сферы со- циального обслуживания людей и оказания им помощи.

Исследования последних лет не только подтвердили правомерность такой структуры, но и позволили существенно расширить область ее распространения, включив профессии, не связанные с социальным кругом. Это привело к некоторой модификации понятия выгорания и его структуры. Выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в ее процессе. Такое понимание подвергло опре- деленному видоизменению и понимание его основных компонентов: эмоционального истощения,

цинизма, профессиональной эффективности.

С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает отри- цательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом.

Четырехфакторная модель (Firth, Mims, 1985; Iwanicki, Schwab, 1981). В четырехкомпонент- ной модели выгорания один из его элементов (эмоциональное истощение, деперсонализация или редуцированные персональные достижения) разделяется на два отдельных фактора. Например, деперсонализация, связанная с работой и с субьектами профессиональной деятельности соответ- ственно.

Согласно концепции М. Буриша (Burisch, 1994), развитие синдрома происходит по стадиям. Сначала возникают значительные энергетические затраты – следствие экстремально высокой по- ложительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития син- дрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Следует, однако, отметить, что генезис выгорания индивидуален и опре- деляется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых проте- кает профессиональная деятельность человека.

## Фазы синдрома выгорания

В развитии синдрома профессионального выгорания М. Буриш выделяет следующие основ- ные фазы:

1. Предупреждающая фаза выражается в следующих симптомах: а) Чрезмерное участие:

чрезмерная активность;

отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение из сознания переживаний неудач и разочарований;

ограничение социальных контактов. б) Истощение:

чувство усталости; бессонница;

угроза несчастных случаев.

Снижение уровня собственного участия по отношению к сотрудникам, пациентам:

потеря положительного восприятия коллег и переход от помощи к надзору и контролю; приписывание вины за собственные неудачи другим людям;

доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам – прояв- ление негуманного подхода к людям.

По отношению к остальным окружающим:

отсутствие эмпатии; безразличие; циничные оценки.

По отношению к профессиональной деятельности:

нежелание выполнять свои обязанности;

искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени; акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой.

Возрастание требований:

потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; чувство переживания того, что другие люди используют тебя;я зависть.

Эмоциональные реакции

а) Депрессия: постоянное чувство вины, снижение самооценки; я безосновательные страхи, лабильность настроения, апатии.

б) Агрессия: защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неуда-

чах;

отсутствие толерантности и способности к компромиссу; подозрительность, конфликты с окружением.

1. Фаза деструктивного поведения а) Сфера интеллекта:

снижение концентрации внимания, отсутствие способности выполнить сложные задания; ригидность мышления, отсутствие воображения.

б) Мотивационная сфера:

отсутствие собственной инициативы; снижение эффективности деятельности;

выполнение заданий строго по инструкции. в) Эмоционально-социальная сфера:

безразличие, избегание неформальных контактов;

отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному

лицу; избегание тем, связанных с работой;

самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука. г) Психосоматические реакции:

снижение иммунитета;

неспособность к релаксации в свободное время; бессонница, сексуальные расстройства;

повышение давления, тахикардия, головные боли; боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

1. Разочарование:

отрицательная жизненная установка;

чувство беспомощности и бессмысленности жизни; экзистенциальное отчаяние.

Таким образом, по мнению некоторых специалистов, выгорание не ограничивается профес- сиональной сферой и рабочими стрессами. Его последствия могут ощутимо проявляться в личной жизни человека, вообще в различных аспектах его бытия, а не только на профессиональном разви- тии.

С точки зрения В.В. Бойко эмоциональное выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса. Эмоциональное выгорание при- обретается в жизнедеятельности человека и является выработанным личностью механизмом пси- хологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энер- гетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. «Выгорание» отчасти функцио- нальный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергети- ческие ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выго- рание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

При эмоциональном выгорании налицо все три фазы стресса:

нервное (тревожное) напряжение – его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента;

резистенция, то есть сопротивление, – человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений;

истощение – оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным. Соответ- ственно каждому этапу, возникают отдельные признаки, или симптомы, нарастающего эмоцио- нального выгорания.

Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обу- словливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Тре- вожное напряжение включает несколько симптомов:

Фаза тревожного напряжения

1. Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств».

Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Если человек не ригиден, то раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приво- дит к развитию прочих явлений «выгорания».

1. Симптом «неудовлетворенности собой».

В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями. Возникает замкнутый контур «Я и обстоятельства»; впечатления от внешних факторов деятельности постоянно травмируют личность и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности. В развитии этого симптома особое значение имеют известные нам субъективные факторы, способствующие появ- лению профессиональных деструкций.

1. Симптом «загнанности в клетку».

Возникает не во всех случаях, хотя выступает логическим продолжением развивающегося стресса. В таких случаях часто можно услышать: «неужели это не имеет пределов», «нет сил с этим бороться», «я чувствую безысходность ситуации».

1. Симптом «тревоги и депрессии».

Обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоя- тельствах, побуждающих к эмоциональному выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порождают мощные переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, профессии, в конкретной должности или месте работы. Вычленение фазы резистенции в самостоятельную весьма условно. Фактически сопротивле-

ние нарастающему стрессу начинается момента появления тревожного напряжения.

Фаза резистенции

Формирование фазы резистенции происходит на фоне следующих явлений:

1. Симптом «неадекватного избирательного реагирования».

Несомненный признак «выгорания», когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и не-

адекватное избирательное эмоциональное реагирование. В первом случае речь идет о выработан- ном со временем полезном навыке взаимодействия с партнерами, используя ограниченный ре- гистр эмоций умеренной интенсивности: сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконич- ные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности, грубости.

Совсем иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным – уделю внимание данному партнеру, будет настрое- ние – откликнусь на его состояния и потребности.

1. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации». Не проявляя должного эмоцио- нального отношения к субъекту, профессионал защищает свою стратегию. При этом звучат суж- дения: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения»,

«таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться». Подобные мысли и оценки бесспорно свидетельствуют о развивающейся профессиональной деформации.

1. Симптом «расширения сферы экономии эмоций». Такое проявление эмоционального вы- горания имеет место тогда, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области – в общении с родными, приятелями и знакомыми. Часто именно семья и близкие люди становятся первой «жертвой» эмоционального выгорания.
2. Симптом «редукции профессиональных обязанностей». Термин редукция означает упро- щение. В профессиональной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редук- ция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональ- ных затрат.

Фаза истощения

Фаза истощения характеризуется более или менее выраженным падением общего энергети- ческого тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности.

1. Симптом «эмоционального дефицита». К профессионалу приходит ощущение, что эмоци- онально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их по- ложение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, по- буждать усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу.
2. Симптом «эмоциональной отстраненности». Личность почти полностью исключает эмо- ции из сферы профессиональной деятельности. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб партнерам. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, ко- гда профессионал всем своим видом показывает: «наплевать на вас».
3. Симптом «личностной отстраненности или деперсонализации». Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Наиболее выраженная форма этого симптома: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». В таких случаях «выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с неврозоподобными или психопатическими состояниями. Выраженная симптоматика является противопоказанием к профессиональной деятельности.
4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений». Как следует из названия, симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических со- стояниях. Порой даже мысль о работе вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессон- ницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Наличие этого симптома свидетельствует о том, что эмоциональная за- щита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками.

Сенситивными периодами образования профессиональных деформаций являются кризисы профессионального становления личности. Непродуктивный выход их кризиса искажает профес- сиональную направленность, инициирует возникновение негативной профессиональной позиции,

снижает профессиональную активность. Эти изменения активизируют процесс образования про- фессиональных деформаций.

Полемизируя с К. Маслач, Н.В. Гришина считает, что профессиональное выгорание – плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные жизненные ожидания.

Действительно, лица с высокой степенью выгорания имеют негативные переживания, свя- занные с утратой ощущения смысла своей профессиональной деятельности. Например, «отчаяние из-за отсутствия результата», «работа впустую», равнодушие и непонимание окружающих приво- дят к обесцениванию усилий и потере веры в смысл жизни. Возникновение подобных пережива- ний бесцельности и бессмысленности начинает определять общую жизненную ситуацию человека, вызывая в особо тяжелых случаях экзистенциальный невроз (Гришина, 1997). При изучении спе- циалистов помогающих профессий автор получила разнообразные свидетельства того, что трак- товка выгорания только как разновидности профессионального стресса недостаточна. Существуют весомые аргументы в пользу экзистенциальной интерпретации выгорания, поскольку «болезнен- ное разочарование в работе как способе обретения смысла окрашивает всю жизненную ситуацию». К экзистенциальным аспектам выгорания можно отнести:

Неудовлетворенность осуществлением смысла жизни;

Неудовлетворенность качеством жизни как причина и следствие выгорания; Переживание одиночества.

Зарубежными и отечественными специалистами разработан ряд тренингов, направленных на профилактику выгорания и профессионального стресса. Однако, исследование эффективности та- ких тренингов дает неоднозначные результаты.

Для диагностики синдрома выгорания разработан опросник эмоционального выгорания В.В. Бойко, опросник К. Маслач и С. Джексон, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, ряд других мето- дик.

Жизнь человека невозможна без определенной степени нервно-психического напряжения. Для оптимального состояния разным людям требуются определенные и неодинаковые степени стресса. Каждому человеку следует внимательно относится к себе, сигналам своего тела, надо изучать себя и найти индивидуальный оптимальный уровень стресса. Каждому работающему че- ловеку желательно время от времени задавать себе вопрос – не появляются ли у меня издержки профессиональной деятельности? Очень важно научиться самому определять первые признаки профессиональных негативных изменений, пока еще скрытые от окружающих, и своевременно принять необходимые меры.

Какие шаги можно предпринять в первую очередь, чтобы защитить себя от профессиональ- ных деформаций?

«Зачем я работаю?» – составьте список причин и реальных, и абстрактных, которые застав- ляют Вас работать. Определите мотивацию ценность и значение своей работы.

«Я действительно хочу этим заниматься» – перечислите то, чем Вам нравиться заниматься в убывающей последовательности. А теперь вспомните, когда Вы последний раз этим занимались.

Создайте группу поддержки: это регулярные встречи друзей и сотрудников.

Начните заботиться о своем физическом здоровье. Сюда входят физические упражнения, пи- тание, борьба с вредными привычками, например: курением или поздним ужином перед телевизо- ром.

Начните заботиться о своем психологическом здоровье. Используйте для этого тренинги: ре- лаксации, ведения переговоров, управления временем и ассертивности.

Делайте каждый день какую-нибудь глупость. Расслабьтесь, улыбнитесь и не воспринимайте себя слишком серьезно.

Супервизорский контракт – документ, составленный в форме единовременного или долго- срочного договора между супервизором и супервизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). В супервизорском контракте оговорены следующие условия супервизии:

* предварительно обсужденные цели супервизии, исходящие из заявки супервизируемого и требований супервизора;
* количество представляемых на супервизию случаев (пациентов);
* фиксированное место, количество и время встреч;
* модель, уровень, форма и вариант супервизии;
* форма и объем материала, представляемого супервизируемым;
* количество рабочих (оплачиваемых) часов супервизора;
* количество зачетных часов супервизии;
* форма заключения супервизора и сроки его представления;
* гонорар супервизора (сумма, форма и сроки оплаты). Контракт скрепляется личными под- писями супервизора и супервизируемого.

Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого. В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вари-

ант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

## Подготовка к супервизии

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с пациентами (пациентом, пациентами): от интервью и форму- лирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов психоте- рапевтического вмешательства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы.

Между психотерапевтом и супервизором заключается супервизорский контракт – документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и су- первизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируе- мого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого. В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачи-

ваемое время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым – 1 час при индивидуальной работе, 2 часа – при групповой работе, оформление заключения – 0,5 часа).

В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вари- ант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

При планировании формы и объема материала супервизор имеет право запрашивать для су- первизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические заня- тия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, от- ражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возни- кало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторона- ми его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультаций или работой в балин- товской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психоте- рапии? Информация об учащихся в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентиро- ваться и выбрать форму и вариант проведения супервизии. В случае проведения супервизии в рамках образовательной программы супервизорские занятия вносятся в расписание, и учащиеся заранее знают, кто из них будет участвовать в той или иной форме супервизии. Супервизия слу- жит как метод обучения и контроля над учебной деятельностью. Кроме умения структурировать материал, супервизируемый должен иметь представление о современных классификационных си-

стемах, многоосевой диагностике, уметь определять психотерапевтический диагноз и провести интервью по генограмме, а также аргументировать выбранные им стратегию и тактику психотера- певтической помощи.

## Тема 4. Трудности и ошибки в консультировании и психотерапии, требующие суперви- зорского вмешательства

ОШИБКИ ПРИСОЕДИНЕНИЯ. ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ. ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

1. ***Ошибки диагностики*** возникают из-за неумелого проведения интервью и слабого знания клинико-психологической диагностики, невнимания к вербальной и невербальной информации от клиента.

*Метод фокус-анализ*: техника, которая позволяет проанализировать все возможные пробле- мы клиента:

* + фокус на клиенте;
	+ фокус на др. личности;
	+ фокус на проблеме;
	+ фокус на психологе;
	+ фокус на общности;
	+ культурно-контекстный анализ.

*Адекватное использование диагностических методик*:

* + перенос/контрперенос;
	+ резкая интерпретация;
	+ открытая критика.

*Гипердиагностика/гиподиагностика*

1. ***Ошибки присоединения*** – отражают ограничения психологом свободы выбора принятия решения клиентом, когда мотивы взятия на терапию самого специалиста не совпадают с мотивами клиента.

### Тактические ошибки:

* + ограничение свободы выбора принятия решения клиентом;
	+ нечёткое формулирование запроса со стороны клиента;
	+ не произошло разделение ответственности между специалистом и клиентом за поставлен- ные задачи;
	+ клиент неправильно интерпретировал информацию о целях и характере психотерапии;
	+ психотерапия не соответствовала ресурсам клиента (темпу, клинической картине);
	+ низкая мотивация на изменения;
	+ не раскрыто табу на определенные темы при проведении психотерапии.

## Тема 5 Личность супервизора

УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ СУПЕРВИЗОРА

Для собственного эффективного обучения супервизору необходимо обладать навыками са- мооценки. Есть несколько вопросов для самооценки, которые помогут супервизору определить на каком уровне развития он находится, и развить необходимые навыки.

1. *Знания*: понимание целей супервизии, ясное представление о границах, понимание органи- зационного, образовательного и поддерживающего элементов супервизии, знание различных ти- пов супервизорского контракта.
2. Навыки организации супервизии: умение объяснить супервизируемому цель супервизии, достигать договоренность при заключении контракта, поддерживать границы отношений. Умение создавать климат, характеризующийся эмпатией, искренностью, доверием, непосредственностью. Возможность сохранять баланс между организационной, образовательной и поддерживающей функциями. Возможность закончить сессию вовремя и соответствующим образом.
3. Навыки супервизорской интервенции: использование таких типов интервенции, как пред- писание, информирование, конфронтация, катализирование, катарсис, поддержка. Предоставление обратной связи, характеризующейся ясностью, адресностью, сбалансированностью, конкретно-

стью. Умение сфокусироваться на передаваемом содержании, интервенциях супервизируемого терапевта, отношениях между клиентом и супервизируемым терапевтом, на контрпереносе тера- певта, на отношениях в супервизии, на собственном контрпереносе, на более широком контек- сте.4) Отличительные особенности: настроенность на роль супервизора, адекватное использование власти, которую она даёт, способность вдохновлять и внушать оптимизм, способность понимать потребности супервизируемых терапевтов, способность осознавать индивидуальные различия (пол, культура, раса и т.п.), чувство юмора.

1. Настрой на продолжение собственного развития: получение собственной супервизии, на обновление собственных терапевтических и супервизорских навыков. Осознание собственных ограничений и способность видеть свои сильные и слабые стороны как супервизора. Получение регулярной обратной связи от супервизируемых, от коллег, от собственного супервизо- ра/наставника.
2. Для групповых супервизоров: знания о динамике в работе с группой, использование груп- пового процесса в интересах процесса супервизии, умение справляться с соперничеством в группе.
3. Для старших супервизоров: умение проводить межпрофессиональную супервизию, прово- дить супервизию организации. Иметь знания по стадиям развития рабочих групп и организаций. Умение осветить скрытую культуру организации или рабочей команды, фасилитировать органи- зационные изменения, формировать культуру обучения, благоприятную для развития супервизии.

Для эффективного профессионального роста супервизор должен обучаться на специальных курсах, на которых помимо усвоения теории и практических навыков, он должен вырабатывать свой личный супервизорский стиль и собственную модель супервизии.

ПОНЯТИЕ «ХОРОШИЙ СУПЕРВИЗОР».

Гибкость в переходе от теоретических концепций к использованию широкого спектра интер- венций и методов.

Многовариантная точка зрения: способность видеть одни и те же ситуации под разными уг-

лами.

Способность сдерживать тревогу и управлять ею в себе и супервизируемом. Способность учиться у супервизируемого и у новых ситуаций.

Чувствительность в работе к более широкому контексту: это подталкивает и терапевтиче-

ский процесс, и процесс супервизии.

Способность адекватно использовать свою власть.

Наиболее сложный навык, который необходимо развить супервизорам – это способность переключать внимание на любую из следующих сфер («вертолетная способность»):

* клиент, которого описывает супервизируемый;
* сам супервизируемый и его процесс;
* ваш собственный процесс и отношения в супервизии здесь-и-сейчас;
* клиент в более широком контексте (и помощь супервизируемому в расширении границ). РОЛИ СУПЕРВИЗОРА (КОНСУЛЬТАНТ, УЧИТЕЛЬ, АДМИНИСТРАТОР)
1. Учитель. Эта роль подразумевает: знание теории и готовность поделиться этим знанием; клинические познания на уровне эксперта, позволяющие супервизору выдвигать идеи; хорошая подготовка в той области, в которой работает супервизируемый.

Учитель-супервизор:

* + оценивает взаимодействия, происходящие во время терапевтической сессии;
	+ обсуждает гипотезы, связанные с клиентом;
	+ определяет подходящие интервенции;
	+ моделирует, демонстрирует и обучает техникам проведения интервенций, способствует от- работке навыков;
	+ поощряет супервизируемого в поиске разумных объяснений для специфических стратегий и интервенций;
	+ интерпретирует существенные события, происходящие во время сессии;
	+ ставит задачи для последующих сессий;
	+ поощряет супервизируемого к чтению специальной литературы.
1. Фасилитатор. Здесь внимание супервизора фиксируется на супервизируемом специалисте, как личности и личностно-профессиональных проблемах, препятствующих работе.

Фасилитатор-супервизор:

* + даёт уместную эмоциональную поддержку;
	+ даёт возможность супервизируемому работать над своими чувствами, когда клиент или си- туация вызывает у него неприязнь, отвержение;
	+ исследует чувства супервизируемого во время терапевтической сессии и супервизорской сессии;
	+ исследует чувства супервизируемого в отношении определенных техник и интервенции;
	+ исследует защиты и аффекты супервизируемого во время супервизорской сессии;
	+ работает вместе с обучаемым над его трудностями, связанными с организацией, в которой тот работает.
1. Консультант. Роль предполагает наличие знаний и опыта; широту опыта и способность поделиться им, дать рекомендацию к действию с учетом специфики ситуации.

Консультант-супевизор:

* + фокусируется на системе «терапевт-клиент»;
	+ экспериментирует с различными путями оценки и интервенции;
	+ предлагает супервизируемому альтернативные интервенции и терапевтические гипотезы;
	+ поощряет размышления супервизируемого специалиста о терапевтических стратегиях и ин- тервенциях;
	+ поощряет дискуссии с супервизируемым о проблемах мотивации клиента;
	+ заботится о супервизируемом во время супервизорской сессии;
	+ разрешает супервизируемому структурировать супервизорскую сессию.
* Консультирование супервизируемого может осуществляться по разным проблемам. Вот главные из них:
	+ проблемы самопонимания и самовосприятия (собственные личностные особенности, спо- собы поведения, реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к се- бе как к специалисту);
	+ теоретические знания и профессиональные действия (осознание того, какие теоретические, практические и личностные установки и особенности определяют позицию, почему используются или не используются те или иные теоретические и методические подходы), процесс самостоя- тельного развития теоретических знаний и практических приёмов;
	+ взаимоотношения с другими людьми (участниками группы);
	+ формальные и организационные вопросы практической деятельности (взаимоотношения с администрацией и коллегами);
	+ отношения с клиентами (проблемы обособления, изоляции, зависимости и других аспектов профессиональной деятельности).
1. Эксперт. Супервизор должен осуществлять оценку для допуска в профессиональное со- общество.

Эксперт-супевизор:

* + контролирует достижение целей, сформулированных в супервизорском контракте;
	+ отслеживает прогресс клиента;
	+ оценивает прогресс специалиста;
	+ помогает супервизируемому отследить свои сильные и слабые стороны;
	+ контролирует соблюдение этических стандартов;
	+ даёт специалисту обратную связь по поводу знания теории, следования ей и его личност- ных качеств.
1. Менеджер. Роль предполагает выполнение управленческой работы. Менеджер-супервизор:
	* подбирает и расстанавливает кадры;
	* планирует социально-терапевтическую работу;
	* подбирает «команды»;

ста;

* распределяет обязанности между членами команды;
* осуществляет мониторинг; контроль; оценку качества работы супервизируемого специали-
* осуществляет координацию работы между командами;
* организует внешние связи команд с другими организациями или органами власти;
* осуществляет сотрудничество с другими супервизорами.

Внутри учреждения супервизор-менеджер стимулирует активность персонала, вовлеченного

в принятие важных решений об оценке программ, их развитии и продвижении вперед. Он помога- ет организации функции-онировать более эффективно, обеспечивая эффективное управление.

1. Администратор. Выполнение роли административного буфера. Администратор-супервизор:
	* улаживает конфликты между клиентом и специалистом;
	* защищает профессиональные интересы подопечных ему социальных работников, выполня- ет роль посредника между специалистом по социальной работе и руководством органов социаль- ного обеспечения;
	* ведет необходимую документацию, в которой отражает запланированные шаги супервизор- ской сессии.

Как администратор, супервизор осуществляет мониторинг соответствия правил и контракт- ных соглашений, наблюдая за тем, чтобы действия учреждения соответствовали принятым стан- дартам помощи.

Таким образом, обобщая значение представленных выше ролей, можно сказать, что контакт супервизора с супервизируемым предполагает исследование, анализ, содействие в собственном поиске путей решения проблемы. Супервизор может также оказать поддержку перед принятием важного решения, поддержать в сложной ситуации. Иными словами, супервизор – собеседник. Цель его беседы с супервизируемым – помочь человеку найти наилучшее решение проблемы и/или новые углы её рассмотрения и новые идеи. Супервизор принимает участие в решении про- блемы, но не решает её сам. При рассмотрении жизненных вопросов, имеющих особое значение, важно, чтобы он помог собеседнику найти в самом себе ответы на эти вопросы и определить пути решения проблемы. При этом он даёт супервизируемому возможность самому увидеть, что пра- вильно в данной ситуации, а также то, что крайне важно, и сделать собственные выводы. Следова- тельно, супервизор должен помочь супервизируемому, прежде всего, оказать помощь самому себе.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ В СУПЕРВИЗИИ

Этическая супервизорская практика осуществляется как с целью обращения к внутреннему миру пациента через внутренний мир супервизируемого, так и с целью одновременного обраще- ния к бессознательным конфликтам, возникающим у супервизируемого при его работе с пациен- тами.

Конфиденциальность. Если супервизор или супервизорская группа получат доступ к матери- алу пациента, то может возникнуть этический конфликт, поскольку при этом нарушается абсо- лютная конфиденциальность между пациентом и аналитиком. Следует решить, этично ли обой- тись без согласия пациента на представление его материала к рассмотрению на супервизии; в рав- ной мере это относится и к решению о публикации клинического материала. Вариантом может быть сообщение пациенту в начале лечения о возможности того, что относящийся к терапии мате- риал будет передан на супервизию.

Для того, чтобы процедура супервизии была полезной и этичной, ее следует уподобить тера- певтической процедуре. Для этого предлагается соблюдать ряд простых основных правил, тесно соотнесенных с такими основными терапевтически и правилами, как нейтральность, анонимность, надлежащим образом оговоренная оплата, регулярные встречи в установленное время.

## Тема 6 Обучение и развитие супервизора.Оценка потребностей обучения супервизора.

**Оценка потребностей обучения**

Начинающие супервизоры часто находятся во власти одного из двух убеждений:

* Итак, я стал супервизором, знаю, как проводить супервизию, и должен просто успешно работать.
* Я ничего не знаю о супервизии, и единственный способ стать хороший супервизором – это пройти полный курс обучения супервизии.

**Планирование собственной супервизии**

Аудио и видеозапись супервизии, которую вы проводите Оба эти мнения ошибочны, они преграждают супервизорам путь к адекватному применению собственных знаний и способностей и не позволяют им совершенствоваться. Такие мысли мешают им понять, что стать полноценным супервизором можно самыми разнообразными способами. Мы уверены, что качественный курс обучения – неотъемлемый компонент развития любого супервизора, но это только одна из многих составляющих развития. Большинство супервизоров могут использовать широкий спектр возмож- ностей для обучения, которые применяются в различных комбинациях для усиления их эффектив- ности. Возможная программа обучения или цикл таких программ представлены на рисунке 8.1. Анализ предыдущего опыта супервизии Получение обратной связи от своего супервизора Выра- ботка своего стиля супервизии Чтение книг и статей, просматривание видеофильмов на тему су- первизии Продолжение обучения Анализ проводимой вами супервизии (см. схему, приведенную ниже)

**Обсуждение своего стиля с супервизором** . Процесс обучения супервизора Этот цикл обу- чения можно видоизменить и упорядочить в любом направлении и любым способом, чтобы он со- ответствовал вашим возможностям и потребностям в обучении. Однако если вы хотите сделать свое обучение систематическим, начинать нужно с процесса самооценки и выявления этих по- требностей в обучении. В Документе 8.1 приведена возможная форма такой оценки, но это только схема, которую вы можете переработать и изменить в соответствии со своими собственными за- просами и обстоятельствами. Оценить необходимое обучение по этой форме можно либо вместе со своим супервизором, получая обратную связь от него, либо с коллегами, также используя дан- ную схему в качестве формы для предоставления обратной связи.

НАВЫКИ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Существуют конкретные техники супервизорского вмешательства, которые может использо- вать супервизор независимо от своих теоретических пристрастий, т.к. в данном случае имеет зна- чение сам способ передачи информации, а не ее содержание.

* ***Моделирование,*** т.е. демонстрация супервизором собственных способов мышления и дей- ствий на базе своей собственной практики (примеры, предложения моделей – и не более того!)
* ***Инструкции и рекомендации, подсказки, передача фактического материала*** – инфор- мирование с целью сообщить консультанту, как следует поступать в той или иной конкретной си- туации (директивный метод).
* ***Использование вопросов для активного обсуждения спорных ситуаций: в диалоге*** – происходит не просто передача знаний, а совместное открытие (сократический метод). Имеются в виду вопросы типа «Что если…?», «Как вы думаете….?». Принято считать, что целесообразнее использовать этот прием в работе с консультантами, уже имеющими некоторый опыт работы на ТД, т.к. новички обычно теряются.
* ***Поощрение –*** проявлять творческий подход, развивать свое творческое мышление, свой индивидуальный стиль работы.
* ***Разъяснения*** – прямые замечания относительно внешнего поведения, установок, способов реагирования, эмоций и т.д. Они основаны на наблюдениях за консультантом. Способствуют глу- бокому осознаванию консультантом себя.
* ***Интерпретация –*** интерпретация эмоций, защит консультанта – таких проявлений, кото- рые консультантом обычно не осознаются. Интерпретация позволяет консультанту лучше понять свою внутреннюю жизнь, поэтому необходим большой объем точной информации о консультанте, чтобы интерпретация была правильной. Интерпретацию используют, когда другие техники не приносят ожидаемого результата.

**Приемы работы супервизора**

1. ***Поощрение высказываний консультанта*** о том, какие ассоциации вызывает у него та или иная ситуация. Это позволяет супервизору лучше, глубже понимать консультанта, дает воз- можность использования метафор в процессе супервизорской работы. Если способности консуль- танта к применению ассоциаций ограничены, супервизор может использовать прямой опрос, мо- делирование и другие техники для доказательства полезности такого вида мышления. Например, супервизор может задать вопрос: «Какой образ возник у вас, когда ваш клиент говорил о... ?» Или:

«Позвольте мне рассказать вам, на какие мысли (образы, фантазии) это меня наводит...»

1. ***Поощрение и развитие гибкости позиции*** консультанта в работе с абонентом, ориги- нальности в работе, умения строить разные гипотезы, рассматривать разные впечатления, делать и высказывать, анализировать разные наблюдения и пр. Гибкость необходима и самому супервизо- ру. Во время супервизорской сессии необходимо разбирать множество вариантов одного разгово- ра или ситуации, имевших место в работе консультанта на ТД. Обучать консультанта умению син- тезировать не связанные, на первый взгляд, между собой ассоциации и образы, комбинировать, экспериментировать с этим материалом и умению смотреть на все с разных точек зрения (в том числе и с точки зрения абонента). Таким образом, создается возможность обнаружить и развить творческое мышление консультанта и его способность осознанно действовать в особо сложных обстоятельствах.
2. ***Поощрение и постоянная практика консультанта в саморефлексии***, т.е. в осознавании консультантом своей деятельности, ее смыслов и целей, а также в осознавании им самого себя, присущего ему способа мышления, осознание консультантом того, как он накапливает информа- цию о клиенте/абоненте и выбирает собственный подход к работе с ним в конкретной ситуации. Важен вопрос о типичных стратегиях, к которым консультант прибегает в своей обычной жизни и которые более или менее осознанно (или неосознанно) использует в своей работе с абонентами. Существуют различные приемы, позволяющие помочь консультанту осознать наличие этих стра- тегий: это разнообразные варианты упражнения «слепой и поводырь», только при их выполнении оба участника держатся не друг за друга, а за концы одной палки (палка в данном случае – «ин- струмент» поводыря; это важно, поскольку имеет значение то, что консультант строит свое взаи- модействие с абонентом, используя определенные техники и приемы, т.е. свой профессиональный инструментарий).
3. ***Обсуждение чувств*** консультанта в конкретной ситуации его работы с клиентом: «Что вы чувствуете, когда…?» Это способствует более полному осознаванию и принятию консультантом себя и развивает его способности в обсуждении чувств абонента при разговоре по ТД. Спрашивая собеседника: «Что заставляет ваше сердце петь?» или «Что мешает вам чувствовать себя счастли- вым?» – мы обращаемся к здоровой части его личности, открываем путь к его собственной пози- тивной мотивации. Это способствует преодолению в диалоге разнообразных помех, связанных с социальной обусловленностью, и перейти к открытому разговору о переживаниях, о чувствах.

ОБУЧЕНИЕ ОПЫТНЫХ СУПЕРВИЗОРОВ

Развитие психологической, психотерапевтической и консультативной деятельности в России предполагает становление и расширение супервизорской работы. Супервизорство – «наставниче- ство» должно быть направлено на формирование профессионального мастерства психологов- консультантов и психотерапевтов.

Предпосылками организации супервизорской работы являются:

1. Развитие психологической и психотерапевтической службы в России.
2. Поиск новой демократической системы в профессиональной сфере.
3. Интеграция профессионалов в Российское психотерапевтическое общество.
4. Потребность интеграции отечественной психотерапии в мировое профессиональное сооб- щество.
5. Необходимость выработки критериев профессионализма психотерапевтов и психологов. Наряду с предпосылками в развитии супервизорской службы имеется ряд препятствий:
	1. Отсутствие образования в русле глубинной психологии.
	2. Приток в психотерапию кадров с низкой квалификацией.
	3. Конкуренция и быстрая смена «модных» направлений.
	4. Неравномерность темпов развития в регионах.
	5. Влияние нетрадиционных зарубежных направлений.
	6. Психологическая неготовность специалистов к подобной работе, наличие профессиональ- ных комплексов (неуверенность, некомпетентность).

## Тема 7. Супервизия в психологическом консультировании

### Сопротивление (тревога) супервизируемого

Сопротивлением называется защитное поведение, имеющее цель уменьшить тревогу. Пер- вичной целью сопротивления (Liddle, 1986) является самозащита, с помощью которой супервизи- руемый охраняет себя от ощущаемой угрозы. Тревога в супервизии определяется множеством раз- личных факторов: присутствием элементов оценки, необходимостью действовать, различиями в теоретической ориентации, демографическими различиями, различиями в способностях.

Для работы супервизора имеет значение также уровень тревоги супервизируемого. Слишком низкая или очень высокая тревога может снижать продуктивность супервизорского процесса. Вы- сокая тревога обусловливает и высокую степень сопротивления.

Одна из наиболее распространенных реакций – страх оказаться неадекватным, в то время как супервизируемый хочет добиться успеха. Еще одна причина сопротивления связана с тем, что су- первизия является обязательным компонентом обучения. Супервизируемые могут воспринимать супервизора как равного, если не видят, что его возможности превышают их собственные, и отве- чать профессиональной конкуренцией. Кроме того, они могут бояться изменений. Сопротивление может быть также следствием недоступности супервизора, его недостаточным знакомством с культурными различиями. К факторам сопротивления относится наличие оценочного компонента в супервизии (особенно негативной оценки), различие в возможностях супервизора и супервизи- руемого, различие в теоретической ориентации и личностно-демографические различия.

ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ

1. Особенности консультативных отношений
2. Основные типы консультативных отношений
3. Определение консультативного контакта
4. Основные факторы и параметры консультативного контакта
5. Навыки установления и поддержания консультативного контакта

*Особенности консультативных отношений*

* + Консультативные отношения предполагают своего рода «контракт» между клиентом и консультантом, он обусловливает правила взаимодействия;
	+ Консультативные отношения предполагают доминирование со стороны консультанта;
	+ Консультативные отношения имеют границы, которые связаны с целями консультирования и наличием четко отведенного времени;
	+ Консультативные отношения ассиметричны;
	+ Наличие конфиденциальности.

*Основные типы консультативных отношений*

1. Отношения зависимости
2. Обучающие отношения (консультативный альянс)
3. Помогающие отношения

**Отношения зависимости** характерны для психоанализа. Консультант должен быть для кли- ента фигурой нейтральной, анонимной, неопределенной.

**Обучающие отношения** характерны для поведенческого и когнитивного подхода.

**Помогающие отношения** характерны для гуманистического подхода (клиентцентрирован- ное консультирование К. Роджерса).

Термин «консультативный контакт» ввел К. Роджерс

**Консультативный контакт** – это чувства и установки, которые участники консультирова- ния испытывают по отношению друг к другу, и способы их выражения.

* эмоциональность;
* интенсивность;
* динамичность;
* конфиденциальность;
* наличие поддержки;
* ответственность.

ПРОБЛЕМА ПЕРЕНОСОВ И КОНТРПЕРЕНОСОВ

1. **Контрперенос** представляет собой ответные чувства консультанта по отношению к клиен- ту. Контрперенос можно определить как эмоциональные и поведенческие реакции терапевта, кон- сультанта, возникающие в результате проецирования им своих проблем на проблемы клиента, и это проецирование может быть связано или не связано с переносом клиента.

Причинами контрпереноса могут быть:

* + тревожность консультанта, которая была активизирована в результате предъявленной кли- ентом проблемы и может быть трех видов:
* тревожность, связанная с непроработанными личностными проблемами самого консуль- танта;
* тревожность, вызванная ситуационным напряжением;
* тревожность, являющаяся эмпатической реакцией консультанта на проблематику клиента и взаимопроникновение их чувств;
	+ реакция защиты, вызванная тематикой беседы или личными страхами консультанта;
	+ стремление консультанта к формированию у клиента «правильной» жизненной позиции и системы ценностей, уверенность в том, что консультант знает, как надо вести себя в той или иной ситуации.

Консультант обязан следить за своими контртрансферными чувствами и уметь их понимать. Исходя из того, что замечает и осознает консультант по поводу своих чувств и эмоций, он может определить у себя наличие или отсутствие контрпереноса.

Существуют следующие признаки наличия у консультанта контрпереноса:

* + внешние проявления:
* скука;
* сонливость;
* невнимательность;
* физическая зажатость во время консультативной встречи с клиентом;
	+ сознательное отрицание консультантом факта своей тревожности, успокоение себя тем, что он не чувствует тревожности, хотя должен;
	+ слишком сильное проявление заботы по отношению к клиенту, слишком сильное пережи- вание его проблем;
	+ бессознательное использование для интерпретации определенных материалов, фактов и чувств клиента и недоумение по поводу своего выбора впоследствии;
	+ осознание своего отрицания, невнимательности или поверхностного отношения к опреде- ленным чувствам клиента;
	+ проявление необоснованной антипатии или симпатии по отношению к клиентам;
	+ осознание отсутствия своей эмоциональной реакции на глубокие чувства клиента, ощуще- ние безразличия к клиенту в определенные моменты консультирования;
	+ неадекватная реакция на критику или проявление самостоятельности со стороны клиента, возникновение желания спорить или демонстрировать другие формы защиты;
	+ оценка клиента как «лучшего» или «худшего» в своей практике;
	+ воображаемое общение с клиентом вне консультативного пространства, присутствие кли- ента в снах консультанта;
	+ частый выход за временные рамки консультирования с конкретным клиентом;
	+ проявление чрезмерной активности и постоянное интерпретирование клиента;
	+ постоянное стремление давать советы клиенту о том, как ему следует поступить в той или иной ситуации, с использованием высказываний типа «Я бы на вашем месте».
1. **Контрперенос** является важной составляющей процесса психологического консультиро- вания и выполняет следующие функции:
	* сигнала, оповещающего консультанта о наличии у него непроработанных личностных про- блем, которые могут серьезно повлиять на результаты консультирования того клиента, который спровоцировал возникновение контрпереноса;
	* способа, помогающего консультанту через свои внутренние переживания прочувствовать и понять, какое влияние оказывает поведение клиента на него и на других людей, с тем чтобы в дальнейшем использовать этот материал для терапевтической работы с данным клиентом.
2. **В случае осознавания консультантом** негативного влияния его контртрансферных чувств на процесс консультирования консультант обязан прорабатывать и регулировать эти чув- ства.

Существуют следующие способы регулирования и контроля консультантом своих контр- трансферных чувств:

* + обнаружение источников чувств, то есть консультант должен ответить на вопрос, почему у него возникли те или иные чувства, мысли, действия, например почему клиенту был задан тот или иной вопрос или почему консультант слишком сильно подбадривает или, наоборот, фрустрирует клиента;
	+ прохождение супервизии, то есть обращение к коллеге за профессиональными рекоменда- циями и консультацией с целью:
* анализа и проработки своих внутренних конфликтов, вызванных , действиями клиента;
* профессионального анализа своих действий по отношению к конкретному клиенту другим специалистом и получения рекомендаций;
	+ переадресация клиента другому специалисту;
	+ обсуждение своих действий с клиентом, когда консультант объясняет то или иной свое по- ведение с целью прояснить ситуацию и не вызвать у клиента ненужной тревоги и недоверия к консультанту;
	+ личностное развитие консультанта, то есть анализ им своих контртрансферных чувств и дальнейшая их проработка как самостоятельно, так и на личной терапии.

ПОЛЕЗНЫЙ И ПРЕПЯТСТВУЮЩИЙ КОНТРПЕРЕНОС

Генрих Ракер в своей значительной работе «*перенос и контрперенос*» классифицирует фено- мен контрпереноса как полезный или препятствующий.

Чувствами и отношениями полезного контрпереноса являются те, которые бдительные тера- певты успешно применяют с пользой для клиента, продолжая исследовать и обдумывать их до тех пор, пока они не оформятся в эмпатические инсайты. Например – печаль, вызванная во мне рас- сказом клиента об умственно отсталом брате. Чувство обиды на критику любимого мною клиента, тоже могло бы стать признаком полезного контрпереноса, признай я его и пойми, что оно указы- вает, насколько сильно ему надо было обидеть меня именно тогда.

Феноменом препятствующего контрпереноса является любой, ставший причиной затрудне- ний. Отклонись я от исследования умственно отсталого брата из-за невыносимого чувства вины и боли, это стало бы примером препятствующего контрпереноса.

Здесь важно отметить, что в любой момент наши глубокие характерологические привычные реакции пребывают в ожидании, выискивая случая, чтобы выразиться в качестве контрпереноса. Вынужденное повторение – это наш старый друг; как и все клиенты, каждый из нас имеет исто- рию, постоянно напоминающую о себе. У клиентов – и мы уже это видели – вынужденное повто- рение обеспечивает мощный терапевтический потенциал; для терапевтов же оно оказывается ло- вушкой, о которой необходимо постоянно помнить. То, что удержало меня от хладнокровного ис- пользования чувства обиды под видом полезного контрпереноса, было гнетом пожизненного стра- ха критики. С другой стороны, я нашел в себе силы использовать собственные чувства по отноше- нию к отсталому брату, поскольку эта боль и вина были не столь сильны, чтобы поглотить мою эмпатию и оторвать от работы.

*Препятствующий контрперенос*

Проявления препятствующего контрпереноса подвергают нас ряду опасностей:

1. Контрперенос способен сделать нас нечувствительными к важной области исследования. Или, наоборот, он может заставить нас сосредоточиться на том, что является скорее нашей про- блемой, нежели проблемой клиента.

Время от времени клиент намекает на возникающие сексуальные фантазии. У терапевта есть причины для собственных опасений на этот счет, и он с успехом удерживает себя от того, чтобы увидеть их важность для клиента.

Терапевт-женщина имеет серьезные неразрешенные конфликты в отношениях со своей ма- терью. Она придает слишком большое значение этому аспекту в динамике клиента и преуспевает в своем влиянии на клиента так, что тот тоже начинает переоценивать его.

1. Контрперенос может побуждать нас использовать клиентов для косвенного самоудовле- творения.

Терапевт с конфликтами по поводу своего чувства зависимости представляет опасность, по- скольку может незаметно подстрекать клиента к (поверхностным) независимым действиям в каче- стве косвенного способа в попытках преодолеть свою собственную зависимость. Можно вообра- зить, что подобное происходит в любой сфере личностных проблем терапевта.

Другой пример: искушение побуждать клиента к большей сексуальной свободе. Возможно это и правда, что для многих клиентов расширение сексуальной свободы оказывается полезным. Возможно и то, что многие терапевты имеют меньше сексуальной свободы, чем им хотелось бы, и могут просто соблазниться работать косвенно с этой ограниченностью. Существует много причин, по которым терапевт должен быть крайне осторожным в навязывании мнений и советов клиентам; эта – одна из главных.

1. Контрперенос может привести нас к выражению тонких намеков, способных во многом влиять на клиента. Мы иногда забываем, насколько важным становится терапевт для клиента. Со- знательно и бессознательно клиент настраивает себя на волну терапевта. Почти ничто не усколь- зает от его внимания, – будь то изменения в мимике, перемена позы, интонации голоса или мы- шечное напряжение. Способов, с помощью которых терапевт может (или должен!) хоть как-то это контролировать, нет. Намеки также передаются, и многие из них принимаются и интерпретируют- ся.

## Тема 8. Супервизия в дистантном консультировании

АНАЛИЗ ПРОДУКТОВ ДИСТАНТНОГОКОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Существует два вида заочного консультирования: телефонное консультирование и письмен- ное консультирование. Введение последней формы психологической помощи было обусловлено тем, что по некоторым причинам использование телефонного консультирования может быть за- труднено. В отечественной литературе достаточно часто отмечается, что эпистолярный жанр очень эффективен. Ведь написанное убеждает и внушает сильнее, чем сказанное. В письме, осо- бенно написанном от руки, – символика и некая магия. Письмо читают уединившись, и оно воз- действует как внушение в состоянии аутогенной релаксации. Более того, оно способно воздей- ствовать и на уровне внушения в гипнотическом состоянии. Адресат сам выбирает время его про- чтения и темп его восприятия. Письмо читают неспешно, на чем-то задерживаясь, к чему-то вновь и вновь возвращаясь, его берут с собой в дорогу, хранят и перечитывают. Наставления юношеству в письмах к нему практиковались веками.

В практической психологии существует много терминов для обозначения работы психолога с письмом – «психотерапевтическое письмо», «психотерапевтическая переписка», «письменная психологическая помощь», «терапия домашней перепиской с врачом» (Бурно М.Е.), «терапия- письмом», что вносит разночтения и разные толкования, не охватывающие всей широты и глуби- ны метода. Исходя из этого, Меновщиков В. Ю. предлагает ввести новое наименование – *скрибо- терапия* (от лат.: *scribio –* «писать» и *therapia –* «лечение»),

имея в виду, что в переписке отражаются как воздействие консультанта на клиента, так и вербальное и невербальное самовыражение клиента.

Работу психолога с письмом можно разделить на два этапа: 1) психодиагностика и 2) кон- сультирование или психотерапия. Коротко остановимся на каждом из них.

Во-первых, письмо дает достаточно большую *психодиагностическую информацию:* а) по- дробнейшее изложение истории психологического страдания, причин, мотивов, действий разных лиц и т. д., нередко в нескольких письмах, что раскрывает проблемы клиента и его личность больше, чем телефонный контакт или единичная очная консультация; б) стиль изложения, харак- тер построения фраз, само содержание письма позволяют не только разобраться в проблеме кли- ента, но и уловить явную психопатологическую симптоматику; в) зачастую в письмах имеются прямые указания на предшествующую госпитализацию в психиатрических учреждениях.

Во-вторых, скриботерапия позволяет использовать традиционные психодиагностические приемы: проективные техники, исследование продуктов творчества – рисунков, стихотворений, прозаических произведений клиентов. Могут быть использованы и некоторые графические пока- затели: характер почерка, в том числе неровность, разные размеры букв и т. п., дающие вспомога- тельную информацию об эмоциональном состоянии клиента, о некоторых его психических свой- ствах. Контент-анализ может быть использован как вспомогательное средство диагностики в ра- боте с единичным клиентом, если с таковым ведется продолжительная переписка. Например, уменьшение в тексте таких категорий анализа, как слова, описывающие негативные эмоции, про- блемы личности, и замена их на единицы положительного плана может косвенно свидетельство- вать об эффективности скриботерапии.

Второй частью обсуждаемой проблемы является *консультативное (психотерапевтическое) действие,* в свою очередь включающее следующие моменты. Предоставление обратной связи дает клиенту подтверждение того, что его поймут, разделят неприятности, обсудят проблемы и т. п. Выделим несколько конкретных приемов, которые использует консультант, давая клиенту обрат- ную связь и осуществляя психологическую поддержку:

1. *пересказ –* цитирование того, что было написано клиентом;.
2. *уточнение ~* обращение к клиенту с просьбой что-то дополнить и разъяснить. Возможно использование 12 вопросов метамодели, типа: «как?», «что именно?» и т. п.;
3. *дальнейшее развитие мысли собеседника –* письменное изложение подтекста сообщенного клиентом (в рамках высказанного им смысла), выдвижение гипотез относительно причин произо- шедшего или дальнейшего хода событий. Например: «Возможно, в этом случае Вы сделаете ...»;
4. *сообщение о восприятии консультантом состояния клиента,* зеркальное отражение его чувств. Например: «Видимо, Вы этим очень огорчены.*»*;
5. *сообщение о восприятии консультантом самого себя и своих чувств в данной ситуа- ции.* Например: «Меня беспокоит, что мы с Вами *...»;*
6. *замечания о ходе письменного диалога* (при получении повторных писем). Например: «Я думаю, что мы с Вами нашли ряд вариантов разрешения проблемы».

Эти приемы мало отличаются от тех, что используются в социально-психологическом тре- нинге и очном консультировании. Но их применение в скриботерапии имеет свою специфику. Например, при пересказе выбираются лишь главные ключевые слова, фразы для выражения отно- шения консультанта к отдельным частям текста. Широко используется подчеркивание, выделение большими буквами, восклицательные знаки и т. п.

Принцип психологической поддержки клиента, обязательного предоставления ему обратной связи необходимо использовать в письмах с запросами на юридическую, врачебную и другую по- мощь для снятия негативного эмоционального фона, обязательно присутствующего в такого типа посланиях. После этого часто следует конкретная рекомендация обратиться к соответствующему специалисту (юристу, терапевту и т. п.) с указанием нескольких конкретных адресов и телефонов.

Следующим моментом является выбор и применение конкретной психотерапевтической так- тики, берущей начало от одного из традиционных психотерапевтических направлений. В послед- нее время психологи больше склоняются к терапевтическому эклектизму, к синтетическому под- ходу в консультировании и психотерапии. Спектр конкретных техник достаточно широк: от кос- венной суггестии до парадоксальной интенции.

Стоит обратить внимание на отличие консультативного письма от письма обычного или де- лового. Письмо обязательно должно писаться от руки – это делает контакт между клиентом и кон- сультантом доверительным и близким. Важным является черновой вариант письма, который кон-

сультант может прочитать и внести необходимые коррективы. Черновик также дает возможность вспомнить уже написанное при получении повторного письма.

Использование скриботерапии чрезвычайно перспективно, так как расширяет круг оказыва- емой помощи, дает ряд новых диагностических и консультативных возможностей. Тем не менее скриботерапия как консультативно-терапевтическая методика имеет ряд ограничений.

1. Дистантность помощи во многих случаях затрудняет диагностику, не позволяет опереться на невербальные проявления клиента, увидеть неконгруэнтность поведения и вербальных со- общений.
2. При осуществлении переписки затрудняется рефлексия консультантом своих собственных действий; часто он остается вообще без какой-либо обратной связи со стороны клиента.
3. Известно, что многие невротические проявления требуют прямого психотерапевтического действия врача или психолога.

Переписка в этом случае служит лишь начальным передаточным звеном к помощи непосред- ственной – к работе лицом к лицу.

## Тема 9. Супервизия в гештальт-терапии.

СТРУКТУРА И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОЧНОЙ СУПЕРВИЗИИ

Одной из самых важных задач на первом этапе обучения для гештальт-терапевта является приобретение минимального набора навыков для работы с клиентом (общепсихотерапевтических и навыков гештальт-терапевта), усвоение языка и основных понятий гештальт-терапии. Суперви- зор создает условия, направленные на помощь в решении этой задачи профессионального разви- тия. Роль супервизора на этой стадии обучения достаточно активна и требует взятия на себя большей ответственности и инициативы по сравнению с другими этапами. Отношения в суперви- зии в основном «вертикальные», а супервизируемый терапевт, нередко, занимает зависимую или контрзависимую позицию. Потребность в оценке работы высока и либо явно запрашивается, либо активно избегается.

Первый тип затруднений характерный для этой стадии связан с чрезмерной блокирующей тревогой и стыдом испытываемыми терапевтами, страхом негативной оценки со стороны группы и супервизора, страхом столкнуться с собственной некомпетентностью, сложностью проживания ситуации неопределенности. У начинающих терапевтов еще не сформировалась собственная оценка себя как терапевтов, и они остро нуждаются в этой оценке со стороны супервизора. Например, в одной из программ, терапевт, отважившийся первым в этой группе поработать «в кругу», в первую очередь задал супервизору вопрос: «Выглядел ли я как терапевт?».

Соответственно супервизор в таких случаях может использовать следующие стратегии:

* способствовать легализации тревоги и страхов в супервизорской группе по поводу терапев- тической работы;
* делать фокусировки с тревожными терапевтами, проясняя содержание и направленность тревоги (адресат), помогая ассимилировать проекции;
* быть чутким и открытым к теме стыда в группе, способствовать обсуждению в группе от- крытого проживания этого чувства, например, блокирующего стыда связанного с ощущением соб- ственной некомпетентности, а также поддерживать участников заявляющих о стыде, проводя со- ответствующую психотерапевтическую работу;
* рассказывать о супервизии, ясно акцентируя, что задачей супервизора является помощь те- рапевту, а не критика;
* ввести запрет на критику терапевта в группе за его возможные «ошибки», объяснять, что профессиональный анализ сессии – это мнения участников по поводу особенностей терапевтиче- ского процесса, возможных интервенций, максимально экологичное выражение предположений и гипотез, а не критика терапевта;
* побуждать терапевта останавливаться и осознавать свои чувства;
* помогать терапевту в осознавании того, как он обходится со своей тревогой, и что он делает в сессии, чтобы справится с ней (торопится, предлагает клиенту эксперимент, чтобы избавиться от собственной тревоги и т.д);
* обсуждать моменты, где терапевт не решался конфронтировать с особенностями поведения клиента;
* «отражать» терапевта, описывая его фактическое поведение в сессии, основные положи- тельные моменты его работы.

Второй тип затруднений терапевтов на этом этапе связан либо с отсутствием навыка видеть те или иные феномены у клиента, например, механизмы прерывания контакта, либо с отсутствием знаний и навыка обращения с этими феноменами. Например, терапевт четко выделяет момент уместный для проведения эксперимента, хорошо формулирует некоторую гипотезу происходяще- го с клиентом, но не имеет пока достаточного опыта и навыка организации эксперимента.

Некоторые примеры действий супервизора на этой стадии:

* просить терапевта рассказывать о сессии языком гештальт-терапии;
* обращать внимания терапевта на механизмы прерывания контакта клиента и на маркеры этих прерываний;
* обсуждать с терапевтом возможные стратегии работы с теми или иным механизмами пре- рывания контакта;
* обсуждать с какой «фигурой» клиента работал терапевт, как она менялась на протяжении сессии, кто и как выбирал «фигуру» для работы;
* интересоваться все ли терапевту было понятно в рассказе клиента или он сам додумывал то, о чем не спрашивал;
* фокусировать терапевта на том, какие полярности присутствовали в сессии, и как терапевт с ними обращался. При необходимости давать терапевту некоторые технические комментарии по работе с полярностями;
* обсуждать, какие творческие методы можно было использовать в сессии;
* подробно останавливаться на этапах работы с запросом клиента, если у терапевта возникли сложности;
* давать необходимые технические комментарии, например, технические особенности рабо- ты с внутренними феноменами клиента (например, используя для этого пустой стул);
* стимулировать группу для обсуждения возможных вариантов работы с феноменами в сес- сии, формируя «терапевтический багаж».

На этой стадии профессиональной подготовки терапевты часто просят оценить их работу и на данной стадии с таким запросом полезнее не конфронтировать из-за отсутствия метапозиции, достижение которой может быть одной из целей супервизии. Супервизор может попросить тера- певта самому рассказать, что у него получилось хорошо, а что не получилось. Важно, чтобы су- первизор мог находить даже в самой «неудачной» сессии хотя бы небольшие удачные моменты. На данной стадии лучше избегать разбора неудачных моментов, если только они не являются принципиальными или же ими заинтересовался сам терапевт.

Со временем терапевты осваивают основной технический и теоретический инструментарий гештальт-терапии, становятся способными различать основные феномены клиента, с которыми необходимо работать и могут предпринимать терапевтические действия по поводу этих феноме- нов. В супервизии они способны разговаривать с супервизором не только об оценке их работы, но и о себе, о клиенте, о сессии, что отражает уменьшение уровня тревоги до приемлемого и более свободное осознавание и проживание стыда, которое не ведет к длительной изоляции.

ФОКУСЫ ВНИМАНИЯ СУПЕРВИЗОРА

Кроме того, С.А. Кулакова указывает на то, что супервизия должна позволять студенту от- крыто размышлять, высказывать предположения, задавать любые вопросы независимо от степени их важности и обсуждать свои переживания в той мере, в какой супервизируемый считает нужным, не испытывая страх перед критикой, унижением или шантажом. В рамках обучения студент дол- жен иметь возможности выражать инстинктивные реакции на пациентов, обсуждать проблему контрпереноса, высказывать свои сомнения и делиться своими ассоциациями и догадками. Контр- перенос может быть обнаружен супервизором или самим терапевтом в ходе супервизии, а также заподозрен с появлением неожиданных изменений поведения или необъяснимых аффективных

реакций. Эти события могут происходить в психотерапии или супервизорских сессиях и нуждают- ся в проработке.

Несмотря на достоинства метода, во-первых, часто в процессе работы супервизор сталкива- ется с сопротивлением. Зачастую мысль о том, что работа подвергается оценке, вызывает у обу- чающегося чувство тревоги, беспокойства и уязвимости, значительно ухудшающее его действия. В этом случае необходимо помнить, что чувства беспомощности и смятения нередко сопровож- дают начальный этап процесса обучения, поэтому для сохранения взаимного достоинства и про- фессионального роста преподаватель и учащийся должны терпимо относиться к чувствам друг друга. С точки зрения многих психотерапевтов, положительный эффект супервизии зависит от удовлетворения потребности обучающегося в супервизорской поддержке, уважении и обучении. Если каких-то элементов не достает, супервизия может быть «сорвана», а у супервизируемого возникнут негативные переживания.

Во-вторых, проблема, вызывающая сложности супервизионного воздействия, состоит в спе- цифике личностных качеств самого супервизора. Неэффективный супервизор, по мнению С.А. Кулаковой, характеризуется следующими качествами: неподдерживающий, ригидный, закрытый, негибкий, не уважающий супервизируемого, колеблющийся, нечеткий, непрямой, имеющий жест- кие установки в отношении мужских и женских ролей.

Супервизия предполагает множественные уровни ответственности, так как супервизор вы- ступает в роли учителя и оценщика. По мнению С.А. Кулаковой, на первом уровне супервизии идет обучение сбору базисной психологической информации о клиенте и анамнезе возникновения предоставляемой для консультанта проблемы. Идет отработка планирования системы практиче- ской помощи. Второй уровень является более сложным для анализа, так как на этом уровне выде- ляются и анализируются такие процессы и явления, как консультационный процесс, психодина- мические параметры, включая перенос, контрперенос, сопротивление и продвинутые методы воз- действия.

Уровни супервизии определяются целью супервизии, соотносятся с уровнем профессио- нальной подготовки супервизируемого. В рамках обучения практических психологов студенты начального этапа обучения скорее нуждаются в практическом обучении выполнению приемов консультационного воздействия и в личностно-профессиональной поддержке (обучающий уро- вень), а общающиеся выпускного этапа – в анализе качества работы и обратной связи квалифици- рованного специалиста.

Супервизия первого (базового) уровня связана с личностно-профессиональной поддержкой, помощью в целях повышения его уверенности, развития необходимых личностно- профессиональных качеств, с наставничеством в выборе направления и стиля работы. Обычно это – совместный поиск и позитивное подкрепление ресурсов молодого специалиста, способствующие развитию таких личностно-профессиональных качеств, как эмпатия, конгруэнтность, аутентич- ность, спонтанность, активность, способность к концептуализации и др.

## Тема 10. Супервизия в позитивной психотерапии

СТРУКТУРА И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОЧНОЙ СУПЕРВИЗИИ

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с пациентами (пациентом, пациентами): от интервью и форму- лирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов психоте- рапевтического вмешательства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы.

Между психотерапевтом и супервизором заключается супервизорский контракт – документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного договора между супервизором и су- первизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируе- мого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачи- ваемое время супервизора: анализ представленных супервизору материалов обычно занимает 1,5 часа, продолжительность обсуждения с супервизируемым – 1 час при индивидуальной работе, 2 часа – при групповой работе, оформление заключения – 0,5 часа).

В большинстве случаев постановка цели автоматически определяет уровень, форму и вари- ант супервизии, форму и объем представляемого материала, а также форму заключения. Однако, как и в психотерапевтическом контракте, уровень супервизии будет зависеть не только от запроса супервизируемого (группы супервизируемых), но также и от опытности супервизора.

При планировании формы и объема материала супервизор имеет право запрашивать для су- первизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические заня- тия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, от- ражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возни- кало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторона- ми его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультаций или работой в балин- товской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психоте- рапии? Информация об учащихся в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентиро- ваться и выбрать форму и вариант проведения супервизии. В случае проведения супервизии в рамках образовательной программы супервизорские занятия вносятся в расписание, и учащиеся заранее знают, кто из них будет участвовать в той или иной форме супервизии. Супервизия слу- жит как метод обучения и контроля над учебной деятельностью. Кроме умения структурировать материал, супервизируемый должен иметь представление о современных классификационных си- стемах, многоосевой диагностике, уметь определять психотерапевтический диагноз и провести интервью по генограмме (см. Приложение 3,4,5), а также аргументировать выбранные им страте- гию и тактику психотерапевтической помощи.

## Тема 11. Супервизия в трансакционном анализе

Mэри Кокс. Авторизированный перевод Соболевой Е.С. «Моя цель в супервизии состоит в том, чтобы создать контекст, в котором клинические стажеры могут понять и развить свой потен- циал как терапевты, а опытные терапевты могут улучшить свою эффективность, используя Тран- зактный анализ» (Barnes 1977).

В этой статье я сосредоточусь главным образом на клинической супервизии, но многое из того, что здесь написано. релевантно для других областей применения Транзактного Анализа (в первую очередь образовательной и консультационной, прим. переводчика). В настоящее время есть много определений и достаточно точных понятий супервизии, которые помогают понять, что такое ТА супервидение.

Моя цель, прежде всего, сфокусироваться на специфике применения ТА супервидения.

Ранее, в супервизионной работе специалисты не использовали концепции ТА. Обычно, они переводили на язык ТА все, что происходило в процессе супервизии. Тем не менее, когда терапевт (и ли практик прим. переводчика) изучит язык ТА и этот язык становиться значимым для него, то практик больше не должен переводить, он может думать на этом языке, чтобы интегрировать ма- териал и обеспечить дополнительную концептуальную структуру. (Barnes 1977)

Во многих супервизионных сессиях я так же часто использую кроме ТА другие модели и теории и предполагаю, что так делают многие ТА супервизоры. Не многие авторы в своих статьях прямо говорят о размышлении на языке ТА, поэтому одна из моих мотиваций – описать использо- вание ТА как язык, и показать способ мышление на этом языке.

Транзактный анализ был и есть увлекательный и захватывающий метод, он обеспечивает прямую и точную терминологию, для того чтобы описать внутрипсихические и внешнепсихиче- ские феномены. Это не субъективно или оценочно, или обобщено. Она может быть использована, чтобы «обозначить вещи «, называя и понимая их, для поиска решения проблемы.

В супервизии важны три шага: обозначить, понять и найти решение проблемы, они являются для меня сутью супервизионного процесса. Было бы достаточно трудно справляться с этим без языка и теории ТА.

Поэтому, терапевт должен учиться думать о своем клиенте и его проблемах, а также о том, что происходит между ним и его клиентом в терминах Т А и развить некоторую гибкость в выборе теорий, моделей и техник.

Во-вторых, супервизор должен научиться отслеживать и концептуализировать процесс су- первизии между собой и супервизируемым также в терминах ТА.

Конечно, это не означает, что ТА лучше, чем другие модели межличностных коммуникаций и взаимоотношений. Однако в ТА четче различаются преимущества целей супервизии, чем в неко- торых других общих философских подходах, например в личностно ориентированной терапии или в более активных процедурах психодрамы. В ТА клиент, терапевт и супервизор учатся работать на одном и том же языке, это помогает их конгруэнтности и увеличивает вероятность понимания. Конечно, как Barnes (1977) отмечает, опытные практики «многоязычны» и выбирают среди теорий и моделей. Эта часть супервизионного процесса помогает практику, двигаясь от одной модели к другой, получить более полезную перспективу в понимании супервизионного вопроса или в про- блем клиента.

В практике ТА самое главное наличие мастерства в анализе наблюдаемого процесса, т.е. транзакций.

Практик может двигаться от интерпретаций к обзору и конфронтации, осознавая высказыва- ния клиента и свои, которые указывают на поведенческое проявление внутрипсихического или межличностного процесса.

Концепции и техники ТА, такие как анализ эго состояний, анализ игр, анализ рэкетов, анализ сценария, предлагают прямую, общую модель, и методологию, поддающуюся проверке. Это поз- воляет установить: важнейшие философские принципы ТА – равные взаимоотношения (Я-ОК, Ты- ОК), открытые коммуникации (каждый человек может мыслить, и принимать собственные реше- ния, за исключением людей с органическим поражением мозга), а так же использовать контракт- ный метод (уважительное отношение к достоинству и автономии каждого человека).

Все перечисленные подходы, равны, в практике применения Т А. Могу привести небольшой пример, меня часто спрашивают, как супервизора «Должен Я сделать Х, или лучше бы сделать. У ...»

Кроме очевидного ограничения и поляризации выборов действий, есть более фундаменталь- ное ограничение в ответственности за решение. «Должен?» После того как я и супервизируемый избавились от первой трудности в процессе, я спрашиваю «Разве вы делаете решение о том, что лучше для вашего клиента?». Этот простой способ освобождает супервизируемого от давления и ненужной неуверенности, практик возвращается к базовым принципам – передавать выбор клиен- ту. Конечно, большинство практиков это знает, но в момент напряжения начинается обесценива- ние, регресс идет полным ходом, это означает перенос. Практик, который также является челове- ком , как и его клиент , «забывает « то , что он знает так хорошо. Тогда потенциальным в суперви- дении становится вопрос, что заставило практиционера «забыть» в данном конкретном случае с данным конкретно клиентом . Мюриэл Джеймс ( 1977) написала об использовании вопросов «пла- на игры « (Джон Джеймс) для проведения самосупервидения. Вопросы предлагают продуктивную структуру для супервизии в плане проверки контрпереноса, берущего начало из собственного сце- нария терапевта (психолога), помогают понять, что «цепляет» и тем самым активизирует симбио- тические связи практиционера.

## В процессе супервизии супервизор будет размышлять над:

-философскими ценностями и верованиями супервизируемого, собственными, а так же дру- гих людей,

-принципами практики, которые влияют на процесс проведения супервизии,

-диапазоном моделей, подходящих для использования в супервизии,

-диапазоном консультационных и психотерапевтических моделей, доступных для суперви- зора и супервизируемого,

-профессиональной стадии развития супервизируемого,

-текущими потребностями супервизируемого,

-общими потребностями супервизируемого,

-потребностями клиента супервизируемого,

Супервизору, чаще, спонсору (руководителю прим. перев.) необходимо быть способным ор- ганизовать процесс супервизии таким образом, чтобы он мог делать выборы рационально, эффек- тивно и осознано, с точки зрения супервизируемого.

В процессе супервизии определяются также:

**Метод –** а именно**,** какие средства есть в распоряжении супервизора и супервизируемого,

**Фокус –** потребности, на которые необходимо обратить внимание,

**Процесс –** как супервизируемый и супервизор будут взаимодействовать друг с другом.

## Метод:

а) супервизор выбирает модели супервизирования. Супервизор обычно выбирает:

Модель личностного развития (Stolenburg and Delworth, Cox, основанный на теории M.Mahler),

Модели ТА (транзактного анализа): (Erskine, Barnes, Cornell and Zalcman), Психоаналитическую (Langs),

Процесс (Hawkins and Shohet, Blanchard), Фокус на работе (Clarkson).

б) Выбор и согласовывание моделей с психотерапевтической референтной системой – супер- визор и супервизируемый должны обсудить и согласовать это и с супервизируемым, причем су- первизируемый имеет преимущества и выбор моделей , а именно ТА, объектные отношения, пси- хоаналитическая модель, личностно-центрированный подход, НЛП, Я-психология Кохута

с) Выбор задач осуществляется посредством контракта (простой и ясной договоренности между супервизором и супервизируемым ) (прим. перевод.), но супервизор может «руководить»:

**Фокус:** Супервизор определяет, кто имеет проблемы (клиент, супервизируемый с клиентом, супервизируемый с другими, супервизируемый с супервизором.

Каков характер проблем – (психотерапевтические, этические, образовательные, личностные) Уровень срочности решения проблем

**Процесс:** Супервизор в процессе супервизии:

* обучает
* идентифицирует потребности (профессиональные /личностные)
* делает контракты
* осуществляет ведение/сдерживание
* осуществляет этические соглашения
* администрирует
* разрешает проблемы
* ограничивает
* оказывает поддержку /усиление
* организует защиту для клиента /супервизируемого /других
* организует переговоры
* анализирует процесс
* делает клинический анализ (диагностику)
* осуществляет признание и оценку
* показывает навыки инструктирования
* организует переговоры

**Основные принципы составления контракта (договоренности):** супервизору необходимо решить**,** что обсуждаемо, а что нет.

## Супервизор:

* организует структуру– время, ответственность, ограничения, оплату
* определяет содержание – что должно быть выполнено, кто что делает и для кого
* поддерживает конфиденциальность
* три или более подходящих ситуации для примера
* соблюдает этические и профессиональные соглашения
* знает и соблюдает процедуры на случай опасности

В некоторых случаях необходима супервизия для супервизора, тогда может быть организо- вана **супервизия супервизии.** Супервизирующий супервизор обращает внимание на весь матери- ал, фокусируясь на том, как помочь другому (супервизору) понять и обучиться организовывать супервизионный процесс и процедуру. Супервизор, супервизирующий супервизора не должен ре- супервизировать супервизируемого, так же как супервизор не должен делать «Second- hand»терапию с клиентом супервизируемого. Делая супервизию супервизии супервизору необхо- димо позаботиться, чтобы не открывать заново супервизию, особенно, если она происходит в формате каскада – «живая «супервизия. Этот подход должен быть принят как предупреждение, поскольку безопасность – есть важнейший фактор этого процесса.

## Тема 12.Супервизия в телесно-ориентированной терапии.

Супервизия – это разбор определённых методик на примерах конкретных случаев под руко- водством опытного специалиста. В процессе супервизии формируются и отрабатываются на практике такие важные для терапевта навыки, как: формулирование грамотной обратной связи, формирование контракта с клиентом, рабочего запроса, начальной и долговременной стратегии работы с клиентом, а также терапевтической тактики. Супервизия является одним из важнейших условий для становления телесно-ориентированного психотерапевта. Прохождение супервизии даёт будущему специалисту не только необходимые практические навыки, но и уверенность в себе при работе с реальными клиентами.

* Тренировочная супервизия № 1 – формирование запроса и диагностика.
* Тренировочная супервизия № 2 – работа с внутри-и межличностной проблематикой клиен- та в ТОП.
* Тренировочная супервизия № 3 – работа с клиентами с различными расстройствами – пси- хосоматика, травма, зависимости и др.

## Тема 13. Трудности и ошибки в психотерапии детей и подростков

РОЛЬ СУПЕРВИЗИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТ- КАМИ.

Супервизия при работе с детьми требует рассмотрения практического руководящего опыта в таких вопросах, как поддержка родителей и опекунов, поведение детей, а в некоторых случаях -– и жестокое обращение с детьми.

Работа с родителями и опекунами

Любая работа с детьми связана с людьми, от которых ребенок зависит, и аналитикам необхо- димо учитывать такой фактор, как поддержка лечения ребенка со стороны взрослых. Целью явля- ется сдерживание родительских чувств и налаживание партнерских отношений между взрослыми для оказания помощи ребенку. Это совсем не означает, что родителям для решения их собствен- ных проблем также будет предложено лечение. Если такое лечение и требуется, то на это следует указать, но надлежащим образом. Встречи между родителями и аналитиком будут способствовать лечению, и об этом необходимо постоянно помнить.

Детский аналитик занималась мальчиком, которого воспитывала бабушка. Социальные службы, наблюдавшие за ребенком, ожидали, что бабушка будет водить его на лечение. Ее отказ привел к пропуску сессий; к тому же она отказывалась встречаться с работниками социальной службы поддержки. Аналитик мальчика начал налаживать отношения с бабушкой, хотя оказание поддержки бедствующей женщине и лечение мальчика явилось для аналитика нелегким делом. Большая часть сложных семейных проблем, казалось, ложилась на плечи бабушки, и мы обсужда- ли в супервизии, каким образом ощущение бабушкой своей перегруженности проецировалось на аналитика. Понимание этого обстоятельства помогло аналитику оказать поддержку бабушке, ко-

торая, в свою очередь, приняла участие в лечении, что способствовало улучшению состояния ре- бенка.

В подобных сложных ситуациях поддержка часто осуществляется одним из коллег аналити- ка. Ему могут оказать содействие и другие работники службы охраны психического здоровья де- тей и подростков, предложив провести семейную терапию, а также парную или индивидуальную терапию родителей.

Детский аналитик, работавшая в детской и семейной клиниках, занималась лечением 9- летнего мальчика, которому в раннем детстве демонстрировали порнографические видеофильмы. Его мать проходила лечение у другого члена группы терапевтов; лечение было связано с ее двой- ственным отношением к сыну. Постепенно мальчик стал приходить к осознанию нанесенной ему травмы, и на одной из сессий он связал испытываемое им чувство тревоги, страха и волнения со словами аналитика, хотя она крайне осторожно выбирала выражения. После сессии мальчик ска- зал матери, что аналитик употребляла грубые слова, и заявил, что больше не вернется к занятиям. Мать обвинила его во лжи и обратилась к своему терапевту. Та объяснила ей, что это не стоит называть ложью. Мальчик испытывает ужас и смущение, когда вспоминает то, что с ним происхо- дило в раннем детстве. Это помогло матери сдерживать свои двойственные чувства и укрепило ее решимость оказывать поддержку в лечении ребенка.

В частной практике и вне клиники детским аналитикам в случае необходимости приходится оказывать родителям отдельную поддержку. В какой бы обстановке это ни происходило, необхо- димо уделять внимание динамике процесса лечения.

Руководство поведением Фордем пишет:

В детской аналитической терапии устные сообщения аналитика, особенно интерпретации, воспринимаются ребенком, в основном, через действия. Как правило, эти действия показывают, что ребенок воспринял интерпретации, а изменения в его поступках свидетельствуют о том, что эти интерпретации работают. Но иногда может показаться, что такие действия направлены на то, чтобы помешать аналитическому процессу и нейтрализовать воздействие слов, произнесенных аналитиком

В процессе работы детские аналитики встречаются с большим разнообразием вариантов бес- смысленного агрессивного поведения. Такие меры безопасности, как изменение обстановки в по- мещении, решетки на окнах или максимально упрощенная меблировка, могут помочь только в не- которых случаях. Астор пишет, что «в отличие от аналитиков, работающих с взрослыми пациен- тами, детские аналитики должны обладать физической подвижностью и с терпеливым понимани- ем сносить загрязнение своей одежды». супервизия аналитик лечение поддержка

Многие детские аналитики с этим согласятся, хотя поведение, с которым им приходится сталкиваться, свидетельствует о том, что это несколько сдержанное высказывание. Говоря так, имеется в виду нападение детей на аналитиков с использованием предметов, которые могут нане- сти вред (и наносят его) их здоровью; дети дерутся, кусаются, мочатся, испражняются, совершают опасные акробатические прыжки на кушетках, залезают на столы, картотечные шкафы, подокон- ники и втыкают мелкие предметы в электрические розетки. Дети могут забраться на колени ана- литика, сдернуть с носа его очки или сорвать украшения, и постараться коснуться интимных ча- стей его тела. Часто они делают это совершенно неожиданно.

Отреагирование может явиться эффективной атакой на мыслительный процесс, а супервизия представляет собой зону, в которой скрытые чувства могут подвергнуться мысленной обработке и быть контейнированы. При всех сообщениях, поступающих от пациента, необходимо учитывать как значение, так и мотивацию того, что произошло. Например, следует поставить вопрос, не было ли отреагирование направлено на разрушение, или же его целью являлось сохранение чего-то ценного, например, взаимоотношений, наполненных любовью, или чего-то существенного, например, здоровой психики. Контрперенос у аналитика и супервизора будет служить важным по- казателем скрытых намерений. Важно также определить, имеется ли у ребенка желание сберечь себя и выздороветь.

В момент столкновения наибольшее беспокойство вызывает безопасность ребенка и анали- тика, и оценка обстановки в определенной степени зависит от порога тревожности и терпимости

аналитика. Иногда поведение ребенка приводит к досрочному прекращению сессии, но чаще ана- литик вынужден налагать запреты и вырабатывать правила. Это вызывает у ребенка первобытный страх перед расплатой. В пределах возможностей контейнирования в супервизии аналитик может исследовать способы отре-агирования, а также варианты ответных реакций.

Нападение может заставить аналитика пойти на вынужденные меры ради собственной без- опасности, и тогда он может почувствовать себя побежденным, виноватым, деморализованным и униженным. Такие ощущения могут восприниматься им как сообщения, посылаемые ребенком, но они трудно воспринимаются аналитиком, и тогда ему требуется поддержка со стороны супервизо- ра.

ОШИБКИ ПРИСОЕДИНЕНИЯ К СЕМЬЕ С БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

**Ошибки присоединения и планирования психотерапии.** Наиболее частой ошибкой у вра- чей – слушателей является недоучет условий для проведения психотерапии, отсюда вытекают остальные промахи: ограничение свободы и выбора пациента в принятии решений (мотивы психо- терапевта начать психотерапию с подростком превышают мотивы пациента), не происходит чет- кого формулирование запроса со стороны пациента, не разделяется ответственность между психо- терапевтом и пациентом за поставленные задачи; пациент неправильно интерпретирует информа- цию о целях и характере психотерапии, психотерапевт не учитывает готовность семьи и подростка к изменениям; не замечается «вторичная выгода» симптома; семьи быстро возвращается к преж- ним стереотипам в области воспитания.

ОШИБКИ НЕДООЦЕНИВАНИЯ СЕМЬИ КАК СИСТЕМЫ

**Семья как система** – это очень важное понятие для семейной психологии. Более того, воз- никновение понятия **семьи как системы** и введение в семейную психологию терминов «семейная система», «семейные подсистемы», «информация», «обратная связь» стало переломным моментом в развитии науки о семье. Подобный подход к семье означает, что в ней все взаимосвязано, что она есть единое целое – единый биологический и психологический организм. В этом случае она имеет ряд признаков: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей, 2) что-то, затрагивающее систему в целом, влияет на каждый отдельный элемент внутри нет, 3) расстройство или изменение в одной части единства отражается в изменении других частей и системы в целом. Поэтому при рассмотрении любого конкретного вопроса, касающегося семьи, всегда необходимо в полной мере учитывать, как этот вопрос связан со всеми остальными сторонами ее жизни.

Подобно всем биологическим организмам, **семья как система** стремится как ксохранению сложившихся связей между ее элементами, так и ких эволюции. В живой системе, которая форми- руется и сохраняется благодаря эффекту обмена энергии и вещества в неравновесных условиях, колебания, как внутренние, так и внешние, превращают ее в новую структуру, придавая ей новое качество. Семья как система, как живой организм, постоянно обменивается информацией и энер- гией с окружающей средой Она представляет собой открытую субстанцию, элементы которой взаимодействуют и друг с другом, и с внешними институтами: с образовательными учреждения- ми, производством, церковью, средствами массовой информации, государством и т. д. Силы извне и изнутри оказывают на нее как положительное, так и отрицательное влияние. В свою очередь, семья воздействует аналогичным образом на другие системы.

При возникновении внешнего негативного воздействия, в семье может наступить кризисное состояние, трансформация которого приведет ее к новому уровню функционирования. Таким об- разом, семейная система, так же как и любая другая, работает под воздействием двух законов: са- морегуляции и развития.

Закон саморегуляции формулируется следующим образом: каждая система стремится сохра- нить свое положение, каким бы оно ни было. Система поддерживает равновесие за счет того, что фиксирует каждое свое отклонение от него и совершает действия, которые способствуют возвра- щению в обычное состояние. Механизм, фиксации и возвращения называется механизмом обрат- ной связи. Он действует в самых разных областях жизни семьи. Например, как только происходит что-то новое, необычное (ребенок вдруг хуже стал учиться, супруга не возвращается с работы во- время), мы сразу сосредоточиваем на этом внимание и задаем вопрос: «Что случилось, что надо сделать, чтобы все вернулось к прежнему?» Нарушение механизмов обратной связи приводит к

нестабильности семьи. На уровне индивидуального сознания закон саморегуляции звучит при- мерно так: «система в целом должна остаться без перемен».

Согласно закону развития, **семья как система** должна пройти свой жизненный цикл, пред- ставляющий собой некую последовательную смену событий и стадий, которые проходитбольшин- ство семей. Непосредственными причинами, дающими возможность подобного движения, явля- ются некоторые обязательные для возникновения этой системы этапы («кризисы развития»), такие как брак, рождение ребенка и множество других, а также изменения физического возраста людей и соответствующие им стадии психического развития. Именно на этих отрезках своего существо- вания семьи оказываются неспособными решать новые ситуации прежними способами, и поэтому они стоят перед необходимостью усложнять свои приспособительные реакции, то есть переходить в новое качество.

**Семья как система** выполняет свои функции с помощью определенных механиз- мов: структуры семейных ролей; семейных подсистем; внешних и внутренних границ между ни- ми. К параметрам**семьи как системы** относятся также: семейные правила; стандарты (стереоти- пы) взаимодействия; семейные мифы; семейная история (тема); семейные стабилизаторы.

ВОЗМОЖНЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ

**Тактические ошибки** возникают преимущественно из-за отсутствия у психотерапевта чет- кой концептуальной базы биопсихосоциогенеза данного расстройства у пациента, из-за неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. Нередко психотерапевты концентрируют внимание преимущественно на выполнении различных упражнений, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая психотерапия превышает ресурсы пациента и – возникает риск неблагоприятных последствий психотерапии. К этой группе ошибок можно отнести и чрез- мерную увлеченность каким-либо одним методом психотерапии в ущерб системному видению проблемы, например, работа только в симптомоцентрированном или аналитическом подходах.

Для обучения детских и подросковых психотерапевтов концептуализации и планированию психотерапии на курсе детско-подростковой психотерапии МАПО нами адаптирована схема стра- тегической модели D.N. Oudshoorn(1993). При ее использовании любую проблему можно предста- вить в виде «слоеного пирога» из 6 уровней. Каждый уровень отражает сооответствующие био- психосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотера- певтических вмешательств. Подход D.N. Oudshoorn является мультимодальным, соотносится с многосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитиче- ские, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противо- речат друг другу.

## Тема 14. Трудности и ошибки в консультировании и психотерапии в наркологии

ОШИБКИ ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА

1. Наводящие вопросы

При такой ошибке задается вопрос, в котором очевиден желательный ответ.

Например, «У вас есть только два друга, однако вы хотели бы иметь больше друзей, не так ли?» Желательный ответ в данном случае очевиден: «Да». Более нейтральным является вопрос:

«Как вы относитесь к тому, что у вас два друга?»

1. Осуждающие вопросы

Такие вопросы включают в себя оценочные фразы, и у пациента возникает опасение быть осужденным при отрицательном ответе. Например, «Как хороший родитель, вы желаете своим де- тям все самое лучшее?» или «Помогаете ли вы, как хороший муж, своей жене в домашнем хозяй- стве?»

1. Вопросы, требующие ответа «да» или «нет»

Вопросы такого типа предполагают краткий ответ «да» или «нет» и не позволяют получить развернутую информацию или ясную картину. Например, «Вы считаете, что работа вне дома име- ет какие-либо преимущества?». Этот вопрос лучше сформулировать так: «Как выдумаете, какие преимущества имеет работа вне дома?»

1. Двойные вопросы

При ошибке такого рода задаются два вопроса в одном предложении. Вопросы могут иметь разные ответы, что приводит обследуемого в замешательство, так как он не знает на который из них отвечать. Он, в конце концов, дает один ответ на оба вопроса и тем самым дезинформирует вас. Например «Вам удалось найти работу и няню по уходу за ребенком?». Может быть, обследу- емый уже нашел работу, однако не нашел няню, так на какой из вопросов он будет отвечать?

1. Нечетко сформулированные или искаженные вопросы

При такой ошибке вопрос формулируется нечетко и оказывается непроясненным.

1. Вопросы типа «Почему?»

На такие вопросы типа «Почему вы сделали это?» или «Почему вы так считаете?», трудно ответить. Обследуемый может дать ответ, который считает приемлемым, или попытаться обосно- вать свое мнение. Но дело в том, что он поступил так, как считал правильным. Вопросы типа «По- чему?» отчуждают пациента от вас и требуют от него интеллектуальных усилий.

Мы указали некоторые из наиболее частых ошибок, допускаемых при сборе анамнеза. Будь- те внимательны, формулируя свои вопросы.

В процессе сбора анамнеза вместе с пациентом определите:

* особенности образа жизни, способствующие укреплению здоровья;
* особенности образа жизни, неблагоприятные для здоровья;
* необходимость в обучении мерам по укреплению здоровья.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ.

Помимо вышеперечисленных факторов, способствующих формированию преднаркотиче- ской личности, достаточно существенным являются наследственная отягощенность больных наркоманиями. В работах, посвященных этому аспекту наркомании, выделяется два направления. Одни авторы, указывают на наличие зависимости от каких-либо химически активных соединений в нескольких поколениях, а другие, подчеркивают роль взаимоотношений созависимых родителей между собой и растущими детьми в последующем формировании наркотической зависимости у детей.

Флеминг Н.Ф., Д. Поттер, С. Кеттил считают, что диспропорциональность злоупотребления наркотическими веществами в различных семьях свидетельствует о существовании генетической предрасположенности к этим нарушениям. В 50 % случаев алкоголизма, который больше всего изучался в этом отношении, обнаружена его связь с положительным семейным анамнезом. В ходе обследований приемных детей и близнецов удалось разделить влияние среды проживания и гене- тического фактора. Были получены веские доказательства в пользу генетического компонента ал- коголизма. По сравнению с непьющими «приемными детьми» большее число употребляющих ал- коголь «приемных детей» имеют биологических родителей-алкоголиков.

Серейский М.Я. первым в нашей стране систематически изучил семейную отягощенность наркозависимых. Он пришел к выводу, что семьи наркоманов характеризуются наличием зависи- мости от каких-либо химически активных соединений в нескольких поколениях. Не исключена возможность, что в семьях существует предрасположенность к возникновению зависимости, а вы- бор вещества определяется внесемейными, средовыми факторами.

Врублёвский и соавторы сообщают, что из 208 обследованных больных полинаркоманиями у 1/3 наследственность была отягощена алкоголизмом или психическими заболеваниями.

Другая группа авторов решающим фактором в формировании наркотической зависимости считают не физическую предрасположенность, а нарушение нормальных взаимоотношений в се- мьях, где хотя бы один родитель страдает алкоголизмом. Ряд катамнестических исследований, направленных на изучение отклонений поведения, указывают на роль протрагированных психо- травм в возникновении асоциального стереотипа поведения.

Согласно Соколову А., один из способов «ухода» от психотравмирующей действительности, это проживание в вымышленном мире – мире фантазий, что хорошо проявляется в рисунках, сно- видениях. Уход в иллюзорный мир, в данной ситуации, помогает ребенку выжить. Одна из целей фантазии – это безопасность. Фантазии занимают место реальности. На таком уровне начинает формироваться экстремальный локус контроль . Пятницкая И.Н. отмечает высокую, по сравнению с контрольной группой, частоту переживания одиночества, пустоту, ненужность, ущербность у

людей воспитавшихся в неблагоприятной микросоциальной среде. По ее мнению, тяжелые микро- социальные условия несут сугубо биологические следствия – стресс, недостаточную адаптацию, нарушение контактов с окружающими, как из-за агрессивности, так и из-за робости, боязливости. Родители активно формируют агрессивно-оборонительные отношения детей к внешнему миру, тем самым, поощряя девиантное поведение до тех пор, пока поступки ребенка не вынуждают их искать не помощи для него, а защиты от него.

ОШИБКИ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИ ПЕРВОМ ИНТЕРВЬЮ С НАРКОЗАВИСИМЫМ ПАЦИЕН-

ТОМ

Вопрос обращения на «ты» или «Вы» решается врачом в свойственной лично ему манере,

стиле отношений с людьми – тогда это производит естественное впечатление. «Ты» может быть и грубым, и отеческим, «Вы» – и отчужденным, и уважительным. Нужно только сказать, что чем труднее была жизнь пациента в прошлом (в том числе многолетнее пребывание в заключении, воспитание в детском доме и пр.), тем болезненнее он воспринимает фамильярную форму обраще- ния, тем больше он нуждается в обращении на «Вы».

Полных, достаточных для последующей работы сведений за одну беседу получить никогда не удается. Тем более это невозможно при первом разговоре.

Содержанием первой беседы, для того чтобы контакт был успешным, должны быть самочув- ствие больного в настоящий момент, вид и количество принимаемых наркотиков. Попытки выяс- нить историю болезни в первой беседе обычно безрезультатны, чаще они вызывают насторожен- ность и, как правило, лживые ответы. Не всегда пациент говорит правду и о виде, дозе принимае- мых наркотиков. В этом случае целесообразно сказать ему, что сокрытие может быть причиной осложнений в лечении (период лишения будет тяжелым, возможны припадки, психоз, потеря со- знания). Поскольку больные не только преуменьшают, но и преувеличивают количество при- нимаемых наркотиков из боязни резкого снижения дозы или нежелания лечиться, первый прием наркотиков, если они будут назначены, должен проходить, как мы уже отмечали, под наблюдени- ем врача. Это касается и психотропных медикаментов (извращенная реактивность).

При первом поступлении в стационар некоторые больные наркоманией на вопросы о само- чувствии отвечают, что у них все прекрасно, чувствуют они себя великолепно, во врачебной по- мощи не нуждаются, лечиться им не от чего и они вообще не понимают, что нужно от них мили- ции и психиатрам. Разрушить этот негативизм в первой беседе не удается. Уговоры, уличения со ссылкой на объективные сведения оказываются бесполезными, навязчивость врача препятствует контакту в последующем. Здесь целесообразнее ограничиться соматоневрологическим обследова- нием и не назначать никаких медикаментозных средств. Однако наблюдение за диссимулирующи- ми и негативистическими больными должно быть тщательнейшим с момента их поступления (особенно диагностически Ценен характер устанавливаемых ими отношений внутри отделения).

Если больной поступает в состоянии интоксикации, то не нужно пренебрегать возможностя- ми контакта, разумнее ограничиться наблюдением за ним и беседой на посторонние темы. В этом случае он «не закрывается», свойства его личности проступают нагляднее. Познавательно и инте- ресно сопоставление состояния интоксикации с последующим состоянием отрезвления. Но надежды на то, что в состоянии опьянения больной расскажет о своем наркотизме больше, чем отрезвев, весьма слабы. Наркотизм и все с ним связанное вызывают такую настороженность и опасения разоблачения, что контроль сохраняется даже при интоксикации, поэтому в первой бесе- де о наркотизме мы узнаем – у опьяневшего ли, у трезвого ли больного – не больше, чем он захо- чет сказать сам. Нередки случаи, когда опьяневший больной, вопреки очевидности, утверждает, что он ничего и никогда не принимал, при этом более настойчиво и с еще меньшим учетом ситуа- ции, чем трезвый.

Самый подходящий момент для первой откровенной беседы – начало развития абстинентно- го синдрома. Очень немногие больные наркоманией способны сохранять негативизм до полного развития симптомов лишения (III–IV фаза абстинентного синдрома). В этой ситуации легко и про- сто выяснить не только особенности состояния больного, вид и количество наркотика, но и дав- ность болезни.

Главное, однако, в том, что в период абстинентного синдрома больной сам стремится к бесе- де с врачом, ищет помощи и благодарно отвечает на сочувствие. Таким образом, удачно выбран- ный для первой беседы момент определяет дальнейший контакт врача и пациента.

Несмотря на то что больной в период абстиненции готов рассказать многое, чтобы удержать рядом врача, няню или сестру, нежелательно особенно торопиться со сбором сведений. Именно при первых двух-трех беседах ситуация предоставляет персоналу возможность показать пациенту обеспокоенность его болезненным состоянием в данный момент. Расспрос о самочувствии должен быть подробным, в свою очередь сам больной наркоманией обстоятельно детализирует свои ощу- щения, их изменения по времени суток и по дням. На этом этапе целесообразно предложить боль- ному вести дневник своего самочувствия или заполнять формализованную таблицу в баллах.

Психотерапевтический эффект первых бесед в период абстинентного синдрома совсем не предусматривает в отличие от тактики врача при других заболеваниях формирование оптимизма пациента. Он сам считает свое состояние при лишении его наркотиков исключительным по тяже- сти и непереносимости, и не нужно торопиться с переубеждением. Дело в том, что чем легче про- ходит период абстиненции, тем меньше преград на пути к рецидиву, поэтому пациент должен ви- деть лишь то, что врач и персонал понимают тяжесть его состояния, сочувствуют и делают, что могут, чтобы это состояние облегчить. Подтверждает это ежедневное, внимательное соматоневро- логическое обследование. Разговоры с больным о том, что он не в первый раз переносит абсти- нентный синдром, что соседи «вот уже перенесли», что у него бывали состояния похуже, нецеле- сообразны потому, что такого рода беседа, во-первых, преуменьшает серьезность болезни, а во- вторых, вызывает протест у больного, убежденного в исключительности своего страдания.

Проведение больного через период абстиненции – необходимое условие и самый подходя- щий период в течении наркомании для установления контакта врача с больным наркоманией.

Тенденция в ряде психиатрических больниц помещать такого больного при поступлении в общее отделение для купирования абстинентного синдрома и лишь по улучшении состояния пере- водить его в наркологическое – тактически неверна. В понимании больного наркоманией един- ственное болезненное для него состояние – абстинентный синдром (как для некоторых больных алкоголизмом единственная их болезнь – белая горячка), поэтому врач для него тот, кто вылечил

«ломку». Врач, принимающий его в наркологическом отделении, ему, как он считает, уже не ну- жен.

В дни абстиненции врач должен подходить к больному многократно, хотя бы на 3–5 мин, и уметь выбрать момент, когда следует задержаться подольше и дать больному возможность «выго- вориться». Обычно такой момент наступает сразу после дачи медикаментов: тут у больного непо- средственно возникает психическое облегчение, удовлетворение от того, что «что-то ввели». Ис- тощаемость этих больных в период абстинентного синдрома не позволяет затягивать разговор, даже если больной упомянул о чем-то значащем. Вскоре после выхода из абстинентного состоя- ния к этой теме можно будет вернуться: «В прошлый раз Вы говорили...». Если личностный кон- такт установился, то такой разговор состоится.

В последующих беседах красной нитью прослеживаются интерес врача и озабоченность со- матоневрологическим состоянием пациента. Любая беседа и со здоровыми, и с больными, чтобы быть успешной, проводится с учетом интереса собеседника. Уровень психического развития боль- ных наркоманией в большинстве случаев такой, что они не способны Дать самоотчет относитель- но своих психических функций, но телесное неблагополучие для них и понятно, и более важно. Интерес к этой области их здоровья располагает больных к собеседнику, а как и что они рассказы- вают – важно для собеседника-психиатра. По ответам больных мы судим и об уровне психическо- го развития, и об интеллекте (памяти), эмоциональности.

Второй источник представлений о состоянии психики пациента, разумеется, более значимый – рассказ больного наркоманией о его жизненной ситуации, отношениях с людьми. В рассказе на эту тему полностью отражаются патология аффективно-волевой сферы, нравственные качества и социальная ориентация. В расспросах акцент целесообразно делать на затруднениях и неприятных переживаниях пациента, а не на утраченных социальных возможностях; ни в коем случае больной не должен уловить моралистических тенденций типа «вот, до чего ты дошел...», «сам виноват...».

Беседы эффективны только в той мере, в какой выступает объяснение, «что теперь следует пред- принять», «как себя вести», «как бы ты поступил, будучи на другом месте».

Период по выходе из абстинентного синдрома (так называемое состояние неустойчивого равновесия) – достаточный, хотя не столь благоприятный, как время абстиненции, фон для откро- венных бесед. Острота состояния миновала, истощаемость уменьшилась, но чувства благополу- чия, здоровья у пациента еще нет. Он все еще быстро устает, аффективно неустойчив, пережива- ния несут депрессивную окраску, ритм сна не восстанавливается, отношения с окружающими не- ровные (раздражительность, вспыльчивость). Нечетко осознаваемое нездоровье создает потреб- ность в общении с врачом. И это общение тем продуктивнее, чем раньше установился психоте- рапевтический контакт. Однако с новым лицом в периоде неустойчивого равновесия больной в контакт уже не вступает, поэтому передача больного для ведения от врача к врачу всегда означает окончание лечения: лечение только медикаментозное при наркоманиях – лечение недостаточное.

Хороший психотерапевтический контакт с больным не гарантирует успешности последую- щих бесед. Иногда внезапно он замыкается и пассивно ли, активно ли отказывается поддерживать разговор. Если вины врача в том нет (возможность, которая не исключена), то вероятны несколько причин. Узнавать их у больного не стоит, как не стоит упорствовать с продолжением беседы во- преки желанию пациента. Причина скорее выясняется оценкой ситуации в отделении и объектив- ным наблюдением психического и соматоневрологического состояния самого больного.

Возможно появление нежелательного лидера или поступление в отделение больного, с кото- рым у замкнувшегося пациента были неприязненные отношения. Это те трудные ситуации, о так- тике при которых пойдет речь ниже и в разрешении которых бесполезно полагаться на самих больных.

Врач сразу же должен установить причину нарушения контакта – изменение состояния, про- буждение влечения к наркотикам, которое не всегда осознается больным. Дисфория, ухудшение самочувствия после периода благополучия создают негативную установку на общение, озлоблен- ность, контрастные психотерапевтическому контакту, возникшему в период неблагополучия, про- должительной установке на общение. Характерные психические, поведенческие и вегетативные изменения, присущие I фазе компульсивного влечения, позволяют своевременно начать лечение.

Семейные неприятности, о которых узнал больной, конфликт с персоналом «не закрывают» пациента от врача, не прерывают контакта с ним, напротив, способствуют этому контакту.

По мере выхода из состояния неустойчивого равновесия способность больного к широкому кругу общения возрастает. Параллельно этому вводятся групповые беседы. Они возможны как с узкой психотерапевтической целью, так и с целью тактической (это общие собрания больных с врачом в отделении).

Общеотделенческие собрания преследуют цель повышения ответственности больных нарко- манией за свое поведение. Начинается беседа с просьбы ведущего ее врача к больным поделиться своими впечатлениями о порядках в отделении, рассказать, что им нравится, чего они не одобря- ют, после чего врач скажет, что нравится ему и чего не одобряет он. Общеотделенческие собрания больных, пожалуй, единственная беседа, в которой врач высказывает дисциплинарные требования в категорической форме. Эта категоричность не направлена (за редким исключением) на опреде- ленного больного (в этом случае собрание проводит не его лечащий врач), она относится ко всем присутствующим, поэтому межличностные контакты врача и отдельного пациента ущерба не тер- пят. Общеотделенческие беседы могут быть регулярными, а также и внеочередными в связи с од- ной из трудных ситуаций, иногда возникающих в отделении.

Эмоциональность, особенно врача, – один из самых действенных психотерапевтических факторов.

Психотерапия, даже рациональная, подразумевает пробуждение эмоций, связанных с тем или иным расстройством, нарушением, или их перестройку. Можно добиться этого рацио- налистическим путем, рассуждением, логическими обоснованиями, однако без передачи эмоцио- нального заряда, без фактора индукции работа с больными малоэффективна. Кроме того, холод- ный, малоэмоциональный человек не вызывает привязанности, а привязанность к врачу и персо-

налу, проистекающее из нее желание нравиться, заслужить поощрение, быть оцененным – дей- ственный стимул к выздоровлению.

Какие чувства из двух полярных гамм эмоций может и должен видеть больной у своего вра- ча? Наиболее труден этот вопрос в отношении эмоций негативного полюса.

Можно ли гневаться на больного и позволять себе резкие выражения и соответствующий этим выражениям тон? Как ни покажется странным вообще и в свете изложенного выше в частно- сти, но в ряде случаев это допустимо хотя бы потому, что оказывается единственным способом, дающим результат. Однако круг больных, в отношении которых это допустимо и результативно, узок. Это ни в коем случае не первичные, недавно поступившие и малознакомые больные и не те, с которыми, несмотря на долгое знакомство, личный контакт не установлен. Негативный аффект по отношению к ним вызывает в ответ равнозначный аффект. Негативное эмоциональное от- ношение к таким пациентам должно безоговорочно исключаться, так как вызывает нежелательный резонанс не только у них, но и у больных всего отделения.

Негативный аффект допустим и педагогически желателен в отношении тех больных нарко- манией, с которыми установлены хороший личный контакт, понимание и доверительность. Нега- тивные чувства здесь возникают не на индифферентном фоне, а на фоне приязни. Больной должен быть уверен в том, что его здоровье, благополучие важны для врача и персонала. Только тогда, когда негативный аффект угрожает лишением существующих отношений симпатии, он действен и вызывает стремление удержать приязнь, сделать нечто, что восстановит ее.

Негативные чувства при отсутствии личных отношений вызывают индукционно и защитно чувства агрессивные. Возникшее у больного одним из первых отрицательное впечатление о враче определяет отчужденность в последующих отношениях и делает психотерапевтическую работу бесполезной.

Для таких первичных, малознакомых больных разрешается только одна форма выражения осуждения – формальность и сухость отношений. Эта реакция тем действенней, чем нагляднее до- верительные отношения с другими больными. В этом случае отношения формальные несут в себе смысл осуждения и неприятия. Если же контрастности отношений нет, то формальность и сухость приобретают иную значимость: больной их оценивает не как отношение к себе, а как независимое качество врача, его личности, поэтому использование формального тона также должно быть обду- манным. Если этот метод врач начинает применять до использования метода воздействия положи- тельными эмоциями, то в отделении надолго устанавливается климат отчуждения, недоверия, про- тивопоставления больных персоналу, а в этом климате лживость и режимные нарушения неиз- бежны.

В группе пациентов, с которыми существует хороший и длительный личный контакт, фор- мальное отношение врача – чрезвычайно сильное средство воздействия, гораздо более сильное, чем открытое проявление негативного чувства.

И прибегать к нему, как и к любому сильнодействующему средству, следует осторожно, тем более что эффективна такая реакция, как правило, только один раз. Повторенная реакция фор- мального отношения, отчуждения заставляет больного пересмотреть свои отношения с врачом и сделать вывод, что врач или равнодушный, или лицемерный человек, лишь притворявшийся рас- положенным и заинтересованным. В дальнейшем контакт обычно не восстанавливается. Объясня- ется это свойством больных наркоманией искать причины своих неприятностей скорее в других, нежели в себе, и нестойкостью у них положительных эмоций, быстрым охлаждением.

Таким образом, негативную эмоцию, а также в качестве ее формальное отношение можно использовать для группы больных, с которыми психотерапевтический и личностный контакт установлен. Для всех прочих больных из средств негативного эмоционального воздействия при- менима только реакция формального отношения.

Сказанное относится в полной мере к так называемой стрессовой психотерапии, при которой формируется негативное чувство к наркотизации, но источником его является врач.

Что может быть поводом к негативным реакциям врача и персонала и что поводом к ним быть не должно? Этот вопрос очень важный. Кажется естественным, что поводом к отрицательной реакции должны быть, допустим, грубость, дерзость, лживость, пронос наркотика и т. п. Другими

словами – слова и действия, которые мы осудили бы, если бы наблюдали у здоровых. Однако в таком случае наша эмоциональная реакция, если мы ее себе позволили по этим поводам, противо- речила бы основной оценке лица, принимающего наркотики, как больного. Тем самым мы создали бы климат двойственности и неопределенности. Неопределенность же в свою очередь открывает этим лицам возможность поисковых реакций типа «проб и ошибок» и не способствует выработке четких установок, поэтому случаи, подобные перечисленным выше, мы оставляем без заметной эмоциональной реакции с нашей стороны, но без заметной реакции – не значит без внимания. Так, при попытке пронести наркотик его отбирают в спокойно-иронической манере с добавлением, к примеру, фразы, что «мог бы спрятать поискуснее».

Случаи дерзости, грубости должны наблюдаться молча и внимательно, без острой необхо- димости вмешиваться, прослеживая реакцию до конца. Затем у больного выясняют, когда, вслед- ствие чего изменилось его состояние. Эффективно действует обсуждение «изменения состояния» тут же, в присутствии больного, но не с ним, а с врачом, сестрой, санитаркой. Реакции больного как бы повисают в пустоте, и вскоре он начинает прислушиваться к обсуждению.

При вызывающе демонстративном поведении лучше сразу прекратить контакт с больным (внимание здесь только во вред), сказав: «Поговорим, когда Вы будете в лучшем состоянии» или

«Так разговора у нас не получится» и оставить пациента неудовлетворенным от незавершенной реакции.

В случае сиюминутной, наглядной лживости желательно спросить, с какой целью лжет больной, какой смысл он сам видит в этой лжи, в каких ситуациях он прибегает ко лжи, есть ли кто-нибудь, с кем он правдив и т. д., сделав пациента участником обсуждения этого вопроса как предмета, интересного и для него, и для врача. Как правило, эти больные уклоняются от участия в подобном «академическом» исследовании, и обсуждение непосредственного результата не дает. Однако в последующем больные становятся правдивее, иногда даже сообщают правду с оттенком вызова. Тогда же, когда лживость выясняется с опозданием, целесообразнее «забыть» о первона- чальных сообщениях больного и разговаривать с ним, имея в виду истинное положение вещей. Больной, конечно, помнит, что «забыл» врач, и отсутствие реакции врача на ложь, пренебрежение ею также делают его в последующем правдивее.

Снисходительное отношение к лицам, злоупотребляющим наркотиками, отношение как к больным, от которых нельзя много ждать, у некоторых из них вызывает чувство унижения. Они видят не снисходительность, а пренебрежение, неуважение, несерьезное к себе отношение. И в большинстве случаев у них возникает желание доказать, что они не так уж больны, что они многое могут, что им можно доверять, – желание, чтобы их считали «полноценными».

Наркомания, как большинство психических расстройств, не сопровождается осознанием бо- лезни. У пациента нет ощущения чуждости, привнесенности своего состояния, зависимости своего

«я» от болезни, как, допустим, это наблюдается при любом соматическом страдании. Наркотиза- ция – это его реальность, его бытие, его жизнь. Косвенное, ненавязчивое, непрямолинейное вну- шение этому пациенту того, что он болен, болен психически и степени своей болезни не понимает, разрушает отождествление им своего «я» с состоянием интоксикации, себя с болезнью. Подчерки- ванием болезненности его состояния мы способствуем появлению у него отстраненного взгляда на наркоманию, на злоупотребление. Без этого невозможна психотерапия. По существу такое отно- шение и является началом психотерапии.

## Тема 15. Супервизорские группы, команды и структуры

ГРУППОВАЯ СУПЕРВИЗИЯ: ПРЕИМУЩЕСТВА, НЕДОСТАТКИ, ОТБОР ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГРУППЫ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОНТРАКТА ПРИ ГРУППОВОЙ СУПЕРВИЗИИ, СОЗДАНИЕ АТМОСФЕРЫ ОБЩЕНИЯ, ПРОЯСНЕНИЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ, СТРУКТУРИРОВАНИЕ ГРУППЫ, СТИЛИ ГРУППОВОЙ СУПЕРВИЗИИ.

Групповая супервизия: супервизия по долгосрочному контракту, заключенному супервизором с группой супервизируемых психотерапевтов.

Цель групповой супервизии – в большей мере дидактическая. чем при индивидуальной суперви- зии: расширение арсенала концепций, подходов, тактики и т.д. за счет мнений всех участников группо-

вой супервизии. Обычное число участников группы: 6-10 (определяется контрактом). В качестве супер- визируемого на каждой групповой сессии выступает один из участников группы по графику, определя- емому группой. Материалом для супервизии является устный доклад супервизируемого по 1 терапевти- ческому случаю (обычно, описание одной сессии с пациентом, включая краткое изложение анамнеза и описание клинической картины и терапевтического подхода). Доклад адресуется супервизору и осталь- ным участникам группы и может сопровождаться иллюстрацией видеозаписи психотерапевтической сессии.

Общая продолжительность цикла групповой супервизии – 1 год, продолжительность каждой встречи – 2 часа, группа встречается с супервизором 1 раз в неделю, каждая встреча структурирована фазами работы (контроль над структурированием времени и целенаправленностью работы осуществля- ет супервизор);

1. фаза: доклад супервизируемого и формулирование им заказа, продолжительность – 30 минут, за- тем – групповое обсуждение при молчании докладчика (15 минут): участники группы проводят дискус- сию (соглашаются с методом и техникой вмешательства или отвергают их), не касаясь личностных ка- честв докладчика. На этой фазе возможны вопросы к докладчику от членов группы, направленные на прояснение информации о пациенте;
2. фаза: обмен чувствами – участники группы, по возможности спонтанно, делятся своими чув- ствами по поводу пациента. Эта фаза чрезвычайно важна для установления безопасной атмосферы в группе и способствует осознанию супервизируемым «слепых пятен» в своей работе. Продолжитель- ность фазы – 15 минут;
3. фаза: концептуализация. Супервизор опрашивает каждого участника группы о его собственной концепции психогенеза проблем пациента или его лечения. Ни одно из мнений не опровергается и не осуждается супервизором и другими членами группы, дискуссии на этой фазе нецелесообразны. Про- должительность фазы – 45 минут;
4. фаза: обобщение супервизора. Супервизор анализирует и в краткой форме обобщает качество работы супервизируемого, предлагая собственную концепцию психосоциогенеза и тактики работы с данным пациентом в качестве одного из возможных вариантов. Продолжительность фазы – 15 минут.

Помимо структурирования работы группы, супервизор выполняет и такие дополнительные зада- чи: недирективным путем стремится к обучению супервизируемого и других участников группы ис- пользовать более результативные стратегии вмешательства; защищает супервизируемого от возможной депрессивной реакции на групповое давление (дебрифинг); наблюдает за общением в группе и следит за сохранением атмосферы безопасности; анализирует дополнительные составляющие контакта на допу- стимом для данной группы уровне (например, анализ сопротивления, переноса/контр – переноса, проек- тивной идентификации и других психологических защит), способствует свободе и открытости высказы- ваний, стимулирует развитие способности к концептуализации участников группы. Если в группе воз- никает ситуация давления на супервизируемого, супервизор стремится к минимизации агрессии (например, переключением внимания участников группы на анализ их собственных эмоций), но в обоб- щении может использовать информацию о групповой динамике для более продуктивной проработки особенностей контакта супервизируемого с пациентом.

## Отбор для участия в группе

Это очень важный вопрос как для участников, так и для ведущих группы. Необходимо четко сформулировать цели и задачи группы и выяснить характер предыдущего опыта и навыков участников. Что касается численности группы, то в ней должно быть как минимум три человека и как максимум семь, в противном случае среди участников группы возникает соперничество за время и уделяемое им внимание. Кроме того, состав группы должен быть гомогенным по типу клиентов, с которыми работают супервизируемые, а также по уровню теоретической подготовки и мастерства. Однако в группе, участ- ники которой слишком похожи друг на друга по указанным трем параметрам, возможность обучения и изменения ограничена, и существует вероятность образования «сговора консенсуса» (Heron, 1975). В ходе обучающего курса, который один из нас проводил в Бате (Bath), важно было обеспечить географи- ческую гетерогенность супервизорских групп, чтобы снизить вероятность личного знакомства членов группы с представляемыми клиентами. Это проблема любой провинции.

## Заключение контракта

Как только супервизорская группа сформирована, супервизор должен позаботиться о заключении контракта. Хорошо, как было сказано выше, прояснить цели – часто в группе присутствует скрытый за- прос на то, чтобы «получить немного терапии», и группе необходимо прояснить свою позицию по это- му вопросу и проверить, реалистичны ли такие ожидания. Необходимо также обсудить временные рам- ки и количество представляемых клиентов. Супервизоры могут использовать следующие вопросы:

* Каковы цели супервизорской группы? • Какие роли должен взять на себя супервизор, чтобы спо- собствовать достижению этих целей? • Какое соотношение между дидактическим материалом, разбо- ром случаев и межличностным процессом в работе группы будет наиболее продуктивным? • Каким образом проводить оценку работы группы? Некоторые вопросы по заключению контракта переклика- ются с вопросами из главы 5, но более остро встает проблема конфиденциальности. Мы считаем, что иногда в группе нужно устанавливать основное правило, согласно которому вы обязательно сообщаете о своем знакомстве с представляемым клиентом и покидаете комнату на время работы с его случаем. Создание атмосферы общения

Следующей задачей является организация таких условий, в которых супервизируемые могли бы спокойно обсуждать свою работу с другими, поскольку часто у участников зарождаются страхи и трево- га. Супервизируемых волнуют следующие вопросы: Раскроют ли меня? Увидит ли ктонибудь во мне то, что я сам не осознаю и что касается не только моей работы, но также и личности? Не подумают ли они, с какой стати он решил, что может быть терапевтом, с егото знаниями и умениями? Нужно создать та- кую атмосферу общения, в которой участники могли бы раскрывать свои уязвимые черты и показывать свою тревогу, не опасаясь, что группа начнет обходиться с ними как с «групповыми пациентами». А найти группового пациента и спрятаться за более безопасной ролью терапевта – хороший способ укло- нения от опасности, заключенной в исследовании собственных слабостей! Существует простое правило, позволяющее обойти деструктивные групповые процессы, и сводится оно к тому, что любое утвержде- ние произносится от первого лица и на основании собственного опыта. Нужно избегать советов типа «я бы на твоем месте…» или поучений вроде «терапевт должен быть теплым». Для супервизора важно следить за тем, чтобы среди участников группы поддерживался равный объем и уровень самораскры- тия. Самораскрытие проходит легче, если ведущий группы поделится собственными слабостями, трево- гами и неуверенностью вместо того, чтобы демонстрировать полную компетентность и знание ответов на все вопросы (см. Jourard, 1971).

## Прояснение групповой динамики

Ведущий группы должен следить за тем, чтобы групповая динамика не порождала недоразуме- ний, и находить такие способы воздействия на уровень осознания, не мешающие основному фокусу группы, чтобы группа могла дополнительно учиться. Осознание динамики в ситуации здесьисейчас – важная часть процесса обучения, но при этом необходимо проводить различие между группой суперви- зии и Тгруппами, группами встреч и терапевтическими группами (см. главу 10).

## Структурирование группы

Групповой супервизор имеет множество вариантов структурирования супервизорской сессии. Из- бранный способ зависит как от формы и размеров группы, так и от стиля и предпочтений супервизора. Один из нас начинает супервизорские сессии, являющиеся частью учебного курса по психотерапии, с вопроса, адресованного каждому участнику: «Чем бы вы хотели поделиться сегодня с группой?». Затем участники группы договариваются, в каком порядке будут рассматриваться эти темы и сколько времени нужно уделить каждому. Вариант такого начала – после высказывания тем выяснить, чей вопрос наибо- лее близок к существующей на данный момент «основной заботе» группы. Для этого каждый участник говорит, какой вопрос, кроме своего, ему хотелось бы рассмотреть, и затем начинается работа с темой, вызвавшей наибольший интерес. В результате человек, задавший эту тему, работает с пользой для себя и поддерживается энергией и интересом группы. Некоторые наши коллеги делят время супервизии между всеми участниками поровну, чтобы в течение групповой сессии каждому было уделено внима- ние. Это нецелесообразно в условиях многочисленной группы и/или ограниченного времени. Группа может выработать схему, согласно которой каждый участник имеет возможность поработать со своей темой в заранее отведенный день. В этом случае некоторые темы, проработанные на предыдущем этапе, будут возвращаться. Сессии будут больше похожи на групповые обсуждения случаев с акцентом на обучении во время наблюдения, а не на существующих задачах и трудностях. Такая структура побужда-

ет членов группы искать возможность получения дополнительной супервизии, чтобы разрешить свои неотложные вопросы. Другой способ – доверять процессу, ждать и наблюдать за тем, что выявится при общении и на что будет направлен интерес группы. Вы также можете исследовать, как разворачивались темы, обсужденные в ходе предыдущей сессии.

## Стиль супервизии

Участники группы, даже очень опытные, скорее всего будут перенимать стиль ведения у своего группового супервизора и осуществлять интервенции в сходной манере. Поэтому очень важно внима- ние супервизора к тому, какие модели реагирования на представляемый материал он задает. Супервизо- ру нужно смоделировать или объяснить, какими могут быть возможные ответы на материал, чтобы по- будить супервизируемых использовать многомерный подход (см. главу 6). На рисунке 9.1 мы показыва- ем четыре квадранта, каждый из которых представляет один из стилей групповой супервизии. Квадрант А: супервизор достаточно директивно ведет группу, концентрируя внимание главным образом на груп- повом процессе. Квадрант В: супервизор играет ведущую роль, но фокус находится на содержании представляемых случаев. Квадрант С: группа проявляет большую ответственность и играет более веду- щую роль, сохраняется фокус на содержании случаев. Квадрант D: группа сама фокусируется на соб- ственном процессе.

Хорошая групповая супервизия должна гибко охватывать все эти области, в зависимости от по- требностей группы и стадии ее развития. Чаще всего супервизорские группы начинают с квадранта А (на стадии своего формирования и последующего заключения контракта), затем, начиная изучать зада- чу, переходят в квадрант В и потом, когда группа становится более зрелой и самостоятельной, посте- пенно встраивают в свою работу элементы квадрантов С и D. Хорошие супервизорские группы, одна- жды пройдя этот четырехступенчатый цикл, впоследствии избегают застревания в одном из квадрантов. Групповой супервизор должен уметь управлять множеством одновременных процессов, посколь-

ку супервизия в группе характеризуется большим числом контекстуальных колец. Основной навык, не- обходимый для обеспечения качественной супервизии, обозначен в центральном кольце – этот навык требуется для индивидуальной супервизии. Однако, чтобы полностью использовать богатые возможно- сти в работе с группой, групповой супервизор должен фасилитировать групповые реакции, увязывая их с представляемым случаем, что показано во втором кольце. Внешнее кольцо показывает, что супервизия происходит согласно определенному контракту и внутри определенных границ. Групповой контракт, как говорилось выше, не создается раз и навсегда, а является процессом, к которому регулярно возвра- щаются. Контракт касается не только супервизора и членов группы: иногда групповая супервизия мо- жет проходить в контексте одной какойто организации, а иногда участники группы направляются раз- личными организациями. Границы и отношения, связанные с этими организациями, становятся важной частью контекста, и супервизор должен это учитывать, чтобы супервизия проходила соответствующим образом.

**Контекстуальные кольца в прогрессе групповой супервизии** создание пространства для рефлексивной супервизии; фасилитация групповых реакций;

фокусирование на динамике и развитии группы;

формирование группового контракта и организационных границ.

## Тема 16. Развитие политики и практики супервизии в организации

СОЗДАНИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ В СУПЕРВИЗИИ

Многие усилия начать перемены, начиная с установки «все, что уже происходит – неадекватно, а посему перемены должны вводиться извне», неизбежно порождают сопротивление. Такому подходу не удается завоевать уважение, несмотря на самоотверженные усилия тех, кто уже работает над обеспече- нием организации супервизией. Когда мы начинали работу в этой области примерно 30 лет назад, суще- ствовали организации, в которых о концепции супервизии даже не слышали. Теперь в большинстве стран и профессий все иначе. Необходимо начинать перемены, оценивая по достоинству то, что уже происходит и чего индивидуумы и команды уже достигли. Эти пионеры могут стать впоследствии партнерами и сотрудниками в развитии практики супервизии в данной организации.

Пробуждение интереса к развитию супервизорской практике

Мы отмечали ранее в нашей книге: вы не разрешите проблему, которой у вас нет, и в организаци- онных переменах не будет толку, если пытаться изменить организацию, отдел или команду, не осозна- ющие необходимость перемен. Толчок к переменам должен прийти изнутри. Если персонал не признает проблему своей, то он и решение не признает своим. Агенты извне, будь они старшими менеджерами, супервизорами или консультантами, помогут организации или отделу обнаружить н вскрыть их соб- ственные ощутимые силы и проблемы, неиспользованные способности и ресурсы, перемены в обста- новке, происходящие вместе со всем этим, а также неудовлетворенность своим статус-кво. Но они не смогут гарантировать обязательные изменения, которые должны происходить изнутри. Два наиболее эффективных способа получить такие гарантии для нужд супервизии – продемонстрировать цену отсут- ствия супервизии и создать представление о выгоде хорошей супервизии. Цену отсутствия супервизии можно обнаружить по-разному:

* скудная или устаревшая практика;
* жалобы клиентов;
* моральное состояние персонала;
* обозрение установок персонала;
* текучесть кадров;
* ревизии практики;
* сравнение с лучшей практикой в данной области.

Необходимо также получить соглашение для процесса изменения от тех, кто обладает властью и авторитетом в отделе или организации, предполагающих вводить перемены. Изменения в одном под- разделении организации оказывают влияние на другие подразделения, в результате чего может возник- нуть стороннее сопротивление, которое способно привести к диверсии и помешать переменам. Перед началом какойлибо программы перемен важно обозначить все заинтересованные партии (тех, на кого повлияет процесс изменений) и подумать том, как можно было бы увлечь их за собой. Боб Геретт (Bob Garatt, 1987), работавший с глобальными организациями, предлагает задать три вопроса, чтобы убедить- ся в том, что вы обеспечили максимальную политическую поддержку создания перемен: • Кто знает? Кто обладает информацией об этой проблеме? Не мнениями, не взглядами, не полуправдой, не офици- альными линиями поведения, а твердыми фактами, которые установят размеры проблемы. о Кто заин- тересован? Кто вносит эмоциональный вклад в то, чтобы изменения произошли? Опять это не те, кто говорит о проблеме, а те, кто вовлечен и согласен с тем, что может получиться. Часто это бывают люди, вовлеченные непосредственно и согласные с тем, что может получиться. • Кто может? Кто обладает властью переорганизовать ресурсы, чтобы произошли изменения? Кто, столкнувшись с фактами, обяза- тельствами и энергией, имеет силы сказать «Да»? Во время работы с организациями по развитию у них практики супервизии нас часто спрашивали, что лучше: проводить изменения «сверху вниз» или «снизу вверх». Наш ответ – и то, и другое, но дополнительно вам необходимы «срединные» изменения! Быст- рее всего изменения происходят, когда: • те, кто наверху, создают климат и обстановку, в которых остальные могут продвигаться и заставлять изменения происходить; • те, кто снизу, прекращают вор- чать по поводу отсутствия супервизии и начинают членораздельно высказываться о ее необходимости;

* те, кто находится в середине менеджмента, берут на себя ответственность за проведение процесса изменений.

ИНИЦИИРОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТОВ

В большинстве организаций вы можете найти не только хорошую практику во всей ее полноте, но еще также и маленькие группы людей, у которых есть желание и согласие изменить настоящее положе- ние вещей. Часто случается, что эффективнее начинать изменения не из центра или с верхушки, а под- держивать и строить их на основе творческой энергии тех, кто находится в середине организации. Вы- явление секции или отдела, желающего идти вперед и испытать новую практику или заставить старших пройти программы подготовки вне организации, частенько может возбудить интерес за их собственны- ми пределами. Существует опасность того, что одна из секций станет слишком элитной и обособленной, что может привести к зависти со стороны других и потере взаимопонимания. Этого можно избежать, предоставив двум или трем секциям заниматься собственными экспериментами в области подхода к су- первизии или же убедившись, что одна секция постоянно вовлекает другие в свой эксперимент и про- цесс исследования.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С СОПРОТИВЛЕНИЕМ ИЗМЕНЕНИЮ

Однако даже в той организации, где большая часть предварительных условий достигнута, измене- ния могут создать сопротивление. Разница заключается в том, что в такой организации успешная прора- ботка сопротивления переменам имеет больше шансов. Сопротивление переменам и нежелание пере- строиться на новое поведение подкрепляются несколькими факторами (Plant, 1987): • угроза базовым навыкам и компетенции; • угроза статусу; • угроза основанию власти; • непонятые выгоды; • низ- кое доверие организации; • скудные взаимоотношения; • страх провала; • страх выглядеть глупо;

* сопротивление эксперименту; • оковы привычки; • сопротивление свободному движению;
* сильные нормы эквивалентной группы. Курт Левин (Lewin, 1952) перенес из области физики в об- ласть человеческих отношений закон, который гласит: «Каждая сила порождает равную себе и противо- борствующую силу». Он развил концепцию анализа силового поля: чем больше вы давите, чтобы про- извести какиенибудь изменения, тем большее сопротивление порождаете. Это ясно видно на следую- щем примере, взятом из внутригрупповых переговоров: Группа А приводит три аргумента для под- держки своего случая. Группа Б приводит три аргумента для поддержки своего. Группа А, вместо того чтобы поискать общую почву, делает ошибку, добавляя еще три причины, по которым она права. Груп- па Б немедленно удваивает число причин своей точки зрения и в то же самое время повышает голос. Группа А повышает уровень децибелов почти на столько же и начинает высмеивать случай группы Б, которая – вот так сюрприз – отвечает им тем же. Когда вы пытаетесь создать изменения, в любой форме (будь это конкретный работник или целая организация), и встречаетесь с сопротивлением, дальнейшее давление при создании перемен вызовет только еще большее сопротивление. Левин полагает, что вме- сто этого вам лучше остановиться и обратить внимание на то, как возникает этот тупик. Вы разделяете страницу чертой и с одной стороны выписываете все силы, поддерживающие перемены. С другой сто- роны вы выписываете все те силы, которые сопротивляются переменам. Затем, чтобы переместить ста- тускво, вы находите такие способы обращения с сопротивлением, чтобы учесть подпитывающие его потребности. Если вы сможете уважительно перенаправить сопротивление, для свершения перемен больше усилий не потребуется.

Движущие силы

Персонал хочет большей поддержки

Энтузиазм лидера команды. Лидер команды проясняет их цели Персонал чувствует, что супервизия может помочь лидеру команды лучше понять их проблемы Сдерживающие силы

Страх быть оцененным

Паранойя относительно того, каковы мотивы лидера Предыдущий негативный опыт суперви- зии у некоторых членов команды Представление о том, что супервизия имеет дело с неудачами Боль- шой расход времени автократическим, а общение – более ритуальным. В фазе признания люди и коман- ды начинают признавать, что существуют вещи, нуждающиеся в изменении, увеличиваются и поддерж- ка и конфронтация. Когда четвертая стадия, применение и перемены, достигнута, отношения становятся более взаимозависимыми, происходит большее общение между людьми и за пределами команды, появ- ляется большее желание исследовать и экспериментировать с другими способами действия, а общение становится более прямым и открытым. Поэтому предоставление людям ваших изумительных сценариев их будущего может иметь обратный эффект в смысле плодотворности. Им необходимо самим вовле- каться в обдумывание и планирование перемен, чтобы они имели возможность реагировать, затем по- нимать необходимость перемен, а потом адаптироваться к будущей неизбежности. Очень легко думать, что поскольку вы проработали некий случай и пришли к хорошему решению, другим людям нужно только принять правильность этого решения и необязательно проходить через процесс обдумывания.

РАЗВИТИЕ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ПОЛИТИКИ

Всем организациям необходимо четко определить линию проведения супервизии. Кемшелл пола- гает, что такую четкую линию проведения супервизии можно установить, приняв во внимание следую- щие параметры:

* Цель и функция супервизии.
* Вклад супервизии в общие цели организации.
* Минимальные стандарты содержания и проведения супервизии.

дня.

* Минимальные требования к договорам супервизии для определения частоты сессий и повестки
* Антидискриминационная практика.
* Система и статус супервизионных записей.
* Взаимоотношения между супервизией и оценкой.
* Права и ответственность супервизора и супервизируемого.
* Методы разрешения несогласий и/или препятствий в процессе супервизии.
* Ожидаемый и гарантированный тип конфиденциальности.
* Типы реакции на «плохое выполнение» и стандарты оценки «хорошего выполнения». К этому

мы бы добавили:

* + Фокус супервизии.
	+ Приоритет супервизии в отношении других заданий.

Наша коллега, Лиз Питман, разработала этот подход с целью оказания помощи некоторым орга- низациям в развитии собственной супервизии таким образом, чтобы были учтены реальность местных ресурсов и условий. Тогда организационную политику супервизии можно использовать в качестве ос- новы для формальных соглашений между супервизором и супервизируемым. Образец контракта пред- ложен Тони Моррисон.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСТОЯННОГО ОБУЧЕНИЯ И ИНСТИТУТА КУРАТОРСТВА.

Личностное развитие супервизора – продолжающийся процесс, таким же процессом является и развитие практики и политики супервизии в организациях и профессиях. Ежегодно организация должна проводить обзор своей практики супервизии в той или иной форме. Полный обзор каждый год бывает невозможен, и в этом случае его можно проводить раз в три года с промежуточным ежегодным обзором как части организационного планирования и процесса обзора. Обзор и ревизия должны включать отве- ты на следующие вопросы:

* + Где, какая и в каком объеме происходит супервизия?
	+ Насколько персонал удовлетворен качеством супервизии?
	+ Какова оценка влияния супервизии на практику?
	+ Сколько супервизоров и на каком уровне прошли подготовку?
	+ Каковы примеры лучшей практики внутри организации?
	+ Каковы результаты сравнения с лучшей практикой в профессии?
	+ Была ли проведена антиподавляющая ревизия и каковы ее результаты? Ревизия хороша в слу- чае, если она привносит изменения в практику. Полная проверка и обзор вводят изменения в политику, подготовку, практические руководства и актуальную практику. По возможности супервизия должна встраиваться в материю организации посредством следующих механизмов:
	+ программы введения;
	+ критерии найма и продвижения; « поощрение персонала;
	+ описание профессий;
	+ основы компетенции персонала;
	+ общие проверки;
	+ обзоры практики.

Пожалуй, супервизия будет иметь долговременный позитивный эффект, если весь организацион- ный процесс внимательно спланирован и проконтролирован. Для этого необходимо включить преду- преждение потенциальных личностного, культурного и организационного сопротивлений, которые, по- хоже, неожиданно сталкиваются и находят способы занять потребности позади оппозиции. Цикл из се- ми стадий развития практики и политики супервизии подходит для любого процесса организационных перемен и может информировать супервизию о любых сотрудниках, ответственных за начало процесса изменений.

## Тема 17.Супервизия руководства группой

КОМАНДНАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Командная супервизия отличается от групповой. Она представляет собой работу с группой, объ- единившейся с целью не только пройти супервизию, но и получить групповые рабочие взаимосвязи за

пределами супервизии. Многие методы в работе с такой группой те же, что и в групповой супервизии, но все же существуют аспекты, на которых хотелось бы остановиться. Между командами, работающи- ми с одними и теми же клиентами (например, персонал службы психического здоровья психиатриче- ской больницы или районной социальной службы), и командами, которые работают в одной и той же географической области и с применением схожих подходов, но с разными клиентами, существуют определенные различия. Попробуем классифицировать рабочие команды, используя аналогию со спор- том. Футбольная команда в одно и то же время участвует в одной и той же игре, и каждый игрок, хоть выполняет свою функцию, все же действует в тесной взаимосвязи с остальными. Теннисная команда играет в одну и ту же игру, но либо индивидуально, либо в парах. Члены атлетической команды заняты в очень разных видах спорта, и в разное время, но от случая к случаю работают вместе (в эстафете), вме- сте тренируются, складывают полученные очки и морально поддерживают друг друга. Кейси (Casey, 1985) предупреждает об опасности убеждения, согласно которому вся работа должна совершаться ко- мандой, и предлагает модель, позволяющую принять решение, когда именно необходимо работать ко- мандой. Пейни и Скотт (Payne and Scott, 1982) разработали руководство по определению формы супер- визии, подходящей для той или иной команды. Супервизия в команде, где каждый знает клиентов дру- гого, имеет свои преимущества и недостатки, так как зачастую исследуется не столько клиент сам по себе, сколько его роль во внутрипсихической жизни супервизируемого. Например: Одна из работников районной социальной службы, Джейн, исследовала свое чувство сильного раздражения по отношению к

«трудному» мальчику по имени Роберт. Остальные члены группы наперебой старались поделиться сво- ими предложениями по общению с мальчиком. Супервизор напряженно работал над тем, чтобы постро- ить для Джейн пространство, в котором она смогла бы понять, что именно «зацепляет» в ней Роберт, и сформировать собственные способы взаимодействия с ним. Супервизору удалось создать такое про- странство, когда он пояснил группе, что тот субъективный Роберт, с которым она борется, возможно, совсем не похож на Робертов, с которыми работают все остальные. Зто действительно было так по двум причинам: вопервых, Роберт был очень непоследовательным и вел себя совершенно поразному с каж- дым работником; вовторых, он вызывал у персонала разные чувства, в зависимости от их личности, ис- тории и особенностей реагирования. В результате оказалось крайне важным создание пространства, в котором Джейн чувствовала себя защищенной, поскольку в противном случае ее рассматривали бы как работника, который не может справиться с Робертом и который тайно был выдвинут группой на роль человека, вынужденного видеть самые неприятные стороны мальчика. Позволяя группе уходить в дебри предложения хороших советов по поводу обращения с Робертом, супервизор способствовал бы форми- рованию тайного сговора и усилению раскола в группе и, следовательно, в отношениях с Робертом. Ко- нечно, после того как Джейн разобралась в своем чувстве беспомощности и получила рекомендации по поиску более конструктивных форм поведения, можно было бы вернуться к исследованию группового опыта и взглядов группы на отношения с мальчиком, поскольку теперь разноплановые чувства, бро- дившие до этого в команде, начали бы постепенно объединяться в нечто целостное. При организации командной супервизии встает вопрос об отборе в группу. Вопервых, необходимо определить границы группы. Включаются ли в нее ассистирующий персонал, конторские служащие, учащиеся? Если это ин- терпрофессиональная команда, то вопросы включения и исключения стоят еще более остро. Вовторых, хорошая командная супервизия должна оберегать команду от опасной тенденции заполнять вакансии

«людьми, похожими на нас». Команда должна быть в определенной мере гомогенна, но в ней необхо- димо также разнообразие персональных стилей, возрастных и половых характеристик и варьирование уровня мастерства. Белбин (Belbin, 1981) провел классическое исследование спектра ролей в команде, необходимых для эффективной работы. Командная супервизия также подразумевает, что, помимо чле- нов команды, в супервизии нуждается еще одно существо. Это – команда как таковая. Мы считаем, что команда есть нечто большее, чем просто несколько ее членов, и что ей присущи собственное бытие и внутрипсихическая жизнь. Некоторые авторы называют это «культурой команды» или «командной ди- намикой». Мы обсудим это далее в главе 10. Важно отметить, что командная супервизия отличается от других форм супервизии, поскольку неотъемлемой частью включает в себя командное развитие. Стив Файнмен (Fineman, 1985) в своем исследовании института социальной работы рассматривает пять раз- личных команд. Одна из них оказалась значительно более эффективной по сравнению с остальными че- тырьмя в поддержании хорошего морального настроя и низкого уровня стресса. Одним из ключевых

факторов такого успеха оказалась хорошая командная супервизия, проводимая лидером команды: «ат- мосферамолчаливого доверия связана с деятельностью лидера группы по оказанию поддержки. Объ- единяющие встречи с персоналом на профессиональные темы – к которым, судя по его отчетам и свиде- тельствам остальных, он подходил очень серьезно и внимательно – стали, скорее всего, важнейшим ин- гредиентом в установлении атмосферы поддержки». В главе 10 мы приведем способы исследования и улучшения командной динамики, а в четвертой части книги обсудим, как получить доступ к культуре организаций и команд и изменить ее.

ЭКВИВАЛЕНТЫ СУПЕРВИЗИИ

Многие из посещающих наши курсы, жалуются на то, что они не могут получить хорошую супер- визию, поскольку их непосредственные начальники либо не находят для этого времени, либо им не хва- тает навыков для проведения супервизии. Нас удивляет, что эти люди даже не рассматривают возмож- ность получения для себя эквивалентов супервизии. Одному из нас однажды пришлось организовывать терапевтическое сообщество, причем непосредственный начальник был помощником руководителя крупной благотворительной организации, занимающейся вопросами психического здоровья, но у него не было ни опыта организации терапевтических сообществ, ни опыта проведения супервизии. Мы обна- ружили, что подобные ситуации – не редкость в самых различных профессиях, и зачастую работников формально ведет супервизор из старшего персонала, не имеющий никакого или почти никакого клини- ческого опыта. В этой ситуации Питер организовал серию эквивалентных супервизорским сессий. Вопервых, он попросил своего более опытного в работе с клиентами коллегу провести для него супер- визию. Это оказалось эффективным для работы с клиентами, но не решило проблему Питера, связанную с отсутствием супервизии его деятельности в качестве лидера рабочей команды. Второй опыт Питера по получению эквивалента супервизии проходил в сотрудничестве со старшим преподавателем в рамках организации, много лет занимающейся работой с терапевтическими сообществами. И снова: это прино- сило результат какоето время, но по мере того как оба подключались к встречам с управляющим звеном организации, ответственность за трудности постепенно перекладывалась на эти управляющие структу- ры. Затем Питер предпринял попытку использовать ресурсы профессиональной ассоциации (в данном случае Ассоциации Терапевтических Сообществ – Association of Therapeutic Communities), чтобы со- здать для старшего персонала терапевтического сообщества группу, эквивалентную супервизорской. Он удивился тому, что многие другие специалисты, работающие в волонтерских организациях, социальных службах и в Национальной Службе Здоровья, точно так же испытывают недостаток супервизии и по- требность в ней. Результатом этой попытки явилось создание группы, имеющей возможность фокуси- роваться на проблемах и динамике сообщества. Группа продолжала успешно работать и после того, как ее покинули Питер и другие участники, стоявшие у истоков ее образования. Один из нас сам получал такой эквивалент супервизии в своей психотерапевтической работе, для которой были образованы тройки из консультирующих психиатров/психотерапевтов и клинических психологов/психотерапевтов. На каждой встрече один из тройки в свою очередь играл роль супервизора. Двое остальных получали по 40 минут супервизии. В конце работы каждый супервизируемый делился с супервизором тем, что ока- залось наиболее полезно и что вызывало трудности, а супервизор рассказывал о своих впечатлениях от сессии. Третий участник находился в роли наблюдателя, и затем наступала его очередь предоставления позитивной и негативной обратной связи супервизору. Данная форма работы соответствовала потребно- стям тех, кому было необходимо не только получить супервизию, но и научиться самим ее проводить. Этот элемент автобиографии показывает, как получить эквивалент супервизии в индивидуальной форме или в группе коллег со сходными потребностями, подходами и уровнем мастерства. На этом примере также видно, что можно искать замену супервизору не только в своем коллективе, но и среди других людей, работающих в вашей организации, а также в других организациях. Мы неоднократно помогали персоналу различных организаций создать собственную систему эквивалентов супервизии. Примером таких систем могут быть детские дома, руководители которых проводили супервизию друг для друга; регулярно встречающиеся группы инспекторов; команды служб психического здоровья, проводящие у себя интерпрофессиональную эквивалентную супервизии работу. Гуманистическая психотерапия пред- ставляет собой одну из областей, в которой активно развиваются эквиваленты супервизии. Это проис- ходит отчасти за счет деятельности профессиональных организаций, таких как Ассоциация практикую- щих гуманистических психологов (АНРР – Association of Humanistic Psychology Practitioners) и Совет по

психотерапии Объединенного Королевства (United Kingdom Council of Psychotherapy), которые прово- дят супервизию в течение всей профессиональной жизни специалиста, а не только в периоды его обуче- ния. Эта традиция поддерживается тем, что членство в АНРР подтверждается каждые пять лет, и при переоформлении специалисту необходимо подтвердить, что в настоящее время он получает суперви- зию. Эквиваленты супервизии, безусловно, имеют ряд преимуществ, но также и некоторые подводные камни и ловушки. В отсутствие ведущего группы острее встает вопрос необходимости наличия четкой и ясной структуры, что требует от участников большей ответственности. Гайя Хостон (Gaie Houston, 1985) описала некоторые ловушки или игры (наподобие игр в трансактном анализе), которые встреча- ются на пути эквивалентных супервизорских групп. Дразнилки. Хостон описывает группу, в которой ее члены говорили о группе фразами типа: «Моя группа так настроена на сотрудничество», «Мои сказали, что я им очень помогаю» и «Это было такое сильное переживание». Она продолжает: «Один американ- ский консультант называет это дразнилками. Все эти высказывания можно свести к одному: «Мое Луч- ше, Чем Твое»«. Любой чувствует напряжение, когда знает, что другой победил или получил чтото больше или лучше, – тогда ясно, что все остальные оказались в проигрыше. Это ужасно, не так ли? По правилам этой игры члены группы сидят вместе и усиливают друг в друге ощущение беспомощности. Один из вариантов этой игры – рассказывать друг другу, как вам осточертела эта работа. Еще один ва- риант – терапевт или консультант долго описывают своих клиентов как до краев наполненных ненави- стью, порочных и манипулятивных существ, которые отчаянно сопротивляются всем действиям тера- певта, производимым для них из наилучших побуждений. Эта игра может развиваться в игру под назва- нием «Достань клиента». Мы все такие замечательные. Члены группы предпочитают не раскрывать свою тревогу по поводу критики или расточают другим неумеренные похвалы, чтобы заплатить за хо- рошее отношение. Это может стать скрытой формой шантажа и в конце концов приводит к тому, что группа оказывается неспособной принять новых членов или отпустить старых изза страха, что все это станет явным. Джон Хирон (John Heron, 1975) называет это «тайным сговором». Кто лучший суперви- зор? Постоянная, но часто скрытая и неосознанная борьба за то, чтобы занять вакантное место группо- вого супервизора. Это соперничество может проявляться в стремлении каждого члена группы делать самые умные и самые полезные комментарии и отметать аргументы, ставящие под сомнение эффектив- ность того или иного подхода. Часто эквивалентные супервизорским группы не в состоянии работать с собственной динамикой, и, к сожалению, всегда находятся члены группы, запускающие процессы, ко- торые могут привести к соревнованию за право быть «лучшим супервизором». Охота за пациентом.

Группа может выдвинуть из своих рядов человека на роль «пациента» и фокусироваться на его не- адекватных или тяжелых переживаниях, которые остальные члены группы не желают замечать в себе. Идентификация такого группового пациента также позволяет остальным участникам спрятаться в более безопасной и знакомой роли терапевта и всем вместе «лечить» выбранного пациента. На эту роль могут быть выдвинуты инспекторы по делам несовершеннолетних, переживающие страх и сталкивающиеся с жестокостью. Остальные будут «помогать» защищаться от встречи лицом к лицу с подобными страхами в самих себе. Эти игры являются прерогативой не только эквивалентных супервизорским групп, но именно такие группы более рискуют вовлечься в них, поскольку не имеют фасилитатора извне (или из своего числа), чья работа – следить за процессом.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГРУППОЙ И КОМАНДНОЙ СУПЕРВИЗИИ

Многое из сказанного относительно структурирования групповой супервизии применимо к супер- визии, эквивалентной групповой:

* Установите основные правила: например, участники должны предоставлять друг другу чест- ную, сбалансированную и отнесенную обратную связь; нужно избегать высказывания советов; время распределяется поровну между участниками.
* Сессию начинайте с исследования потребностей каждого, или установите систему общения по кругу.
* Побуждайте членов группы сообщать остальным, чего они ждут от группы в связи с тем, о чем говорили: хотелось ли им быть просто выслушанными; быть может, им нужна обратная связь; возмож- но, нужна помощь в исследовании контрпереноса; совет по поводу дальнейшего поведения; помощь в выборе из двух вариантов или что-то еще? Если вы так и не поняли, чего хочет человек, задайте ему во-

просы: «Что побудило тебя рассказать сегодня именно об этом случае?», или «Что тебе нужно в связи с этим случаем?».

* Примите решение относительно неформального времени. Часто при отсутствии формально за- данной схемы или расписания потребность поделиться новостями, посплетничать и пообщаться между собой вступает в противоречие с основной задачей группы. Некоторые группы специально отводят вре- мя для неформального общения в начале или в конце сессии.

Группы, безусловно, обладают определенными преимуществами по сравнению с индивидуальной супервизией благодаря более широким возможностям обучения и разноплановым перспективам, кото- рые дает группа. Но есть и подводные камни. Ведущие супервизорских групп должны знать об их суще- ствовании и уметь управлять групповой динамикой, что обеспечивается специальной подготовкой в об- ласти ведения групп. Группы для супервизии, эквивалентной групповой, также должны уделять внима- ние процессу, чтобы эффективно справляться со своей задачей, а не искажать и не подменять ее. Форма супервизии должна соответствовать предмету супервизии, так, некоторые формы групповой супервизии идеально подходят для ведущих групп. Групповая супервизия полезна также для расширения перспек- тив своей индивидуальной работы, но мы бы рекомендовали в случае индивидуального консультирова- ния или психотерапии использовать групповую супервизию как дополнение, а не как замену индивиду- альной супервизии. Исключением из этого является групповая или эквивалентная групповой суперви- зия, которая вполне подходит для компетентных работников, имеющих навыки самосупервизии

## Тема 19. Супервизия в консультировании

НАВЫК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Процесс сообщения другому человеку того, как его воспринимают, называется обратной связью. С получением и предоставлением обратной связи сопряжены значительные трудности и тревожные пе- реживания, поскольку негативная обратная связь оживляет воспоминания о детских нагоняях, а пози- тивная обратная связь противоречит требованию «не зазнаваться». Обычно большинство людей полу- чают обратную связь, когда поступают не так, как ожидается. Чувства, сопровождающие процесс об- ратной связи, часто приводят к тому, что ее предоставляют плохо, так что связанные с ней страхи только усиливаются. Существует несколько простых правил предоставления и получения обратной связи, ко- торые превращают ее в полезное взаимодействие, позволяющее достичь позитивных перемен.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Хорошая обратная связь является ясной, отнесенной, регулярной, сбалансированной, конкретной. Ясность: старайтесь выражаться ясно, пытаясь дать обратную связь по какому-либо поводу. Туманные высказывания с запинками и длительными паузами только усиливают тревогу и понимаются непра- вильно. Отнесенность: предоставляемая вами обратная связь есть ваше собственное восприятие, а не истина в последней инстанции. Поэтому она представляет вас самих не меньше, чем того, кто ее полу- чает, и будет полезна, если вы будете относить обратную связь только к себе (например, скажете: «мне кажется, что ты такой-то» вместо «ты такой-то»). Регулярность: если обратная связь предоставляется регулярно, то она с большей вероятностью окажется полезной. Если этого не происходит, существует опасность, что недовольство будет накапливаться. Старайтесь предоставлять обратную связь как можно скорее после соответствующего события, чтобы человек успел что-нибудь сделать по этому поводу (например, не ждите, пока ктото соберется уходить, чтобы сообщить ему, как следовало вести себя, что- бы лучше выполнять свою работу). Сбалансированность: лучше, когда позитивная и негативная обрат- ная связь сбалансированы, и если вы замечаете, что в вашей обратной связи кому-то из супервизируе- мых преобладает позитив либо негатив, это означает, что вы видите его искаженно. Однако не каждая порция критической обратной связи обязательно сопровождается чем-то позитивным, хотя общий ба- ланс все же должен существовать все время. Конкретность: обобщенную обратную связь трудно услы- шать. Высказывания типа «Ты вызываешь раздражение» могут только ранить или разозлить. Фраза же

«Меня раздражает, когда ты забываешь записать телефонные сообщения» дает адресату некую инфор- мацию, которую он может либо использовать, либо игнорировать.

ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

В процессе получения обратной связи не обязательно быть полностью пассивным. Хорошо предо- ставленная обратная связь предполагает возможность разделения ответственности за нее. Как будет ис- пользоваться полученная информация – это дело ее адресата. Вот правила получения обратной связи:

* Если обратная связь предоставляется в форме, отличной от предложенной выше, можно попро- сить пояснить ее и сделать более отнесенной, регулярной, сбалансированной и/или конкретной.
* Выслушивайте обратную связь без осуждения. Защитная позиция может способствовать не- правильному пониманию обратной связи.
* Старайтесь не пускаться в объяснения, почему вы поступили именно так, не объясняйтесь так- же насчет позитивной обратной связи. Попытайтесь воспринимать обратную связь от других как га взгляд на вас. Часто достаточно просто выслушать человека и сказать «спасибо».
* Спрашивайте о том, что бы вы хотели услышать.

Наше собственное понимание процесса обратной связи во многом сходится с пониманием Фри- мана (Freeman, 1985). Его заключения обобщает Хесс (Hess, 1987): Фриман предлагает ряд важных со- ображений по поводу обратной связи, осуществляемой в ходе супервизии. Обратная связь должна быть а) систематической (объективной, точной, надежной, с минимальными субъективными искажениями); б) своевременной (происходящей вскоре после значимого события); в) точно понятой (и позитивная, и негативная обратная связь должна основываться на явных и определенных критериях) и г) обоюдной (осуществляемой в условиях двунаправленного взаимодействия, в ходе которого даются предложения не в виде предписания или единственного способа решения проблемы, а в форме выдвижения только одного из множества потенциально полезных вариантов).

НАВЫКИ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Еще одна важная область, обязательно затрагиваемая в любом обучающем курсе по супервизии, – фасилитаторские навыки участников курса и помощь им в адаптации этих навыков к ситуации суперви- зии и в их соответствующем развитии. Один из возможных способов имеет в своей основе модель ше- сти категорий интервенции (Heron, 1975). Хирон делит все возможные интервенции в фасилитаторских или побуждающих процессах на шесть категорий. Они в равной степени применимы к индивидуальным и групповым ситуациям. Их польза состоит в том, что они помогают осознать различные используемые нами интервенции, как те, которые нам удобны и привычны, так и те, которые мы избегаем. С практи- кой мы можем расширять свои возможности. Акцент делается на ожидаемом воздействии интервенции на клиента. Трудно сказать, какая из категорий наиболее значительна. Эти шесть категорий интервен- ций таковы:

* Предписывающая: обращение советом или директивное (например, «Вы должны составить от- чет об этом», «Вы должны уважать своего отца»).
* Информативная: дидактичность, инструктирование, информирование (например, «Вы найдете такие отчеты в базе данных»);
* Конфронтирующая: вызов, предоставление непосредственной обратной связи (например, «Я замечаю, что ты всегда улыбаешься, когда говоришь о своем участковом супервизоре»);
* Катарсическая: уменьшение напряжения, реагирование (например, «Что ты на самом деле хо- чешь сказать своему клиенту?»).
* Каталитическая: отражение, побуждение к самоисследованию (например, «Можешь чтото еще сказать об этом?», «Как бы ты мог сделать это?»).
* Поддерживающая: одобрение, подтверждение значимости, признание ценности (например, «Я могу себе представить, как ты себя чувствуешь»).

Эти шесть типов интервенций имеют реальную ценность только тогда, когда основываются на за- боте и интересе к клиенту или супервизируемому. Они совершенно бесполезны, когда используются неправильно или извращенно. «Неправильно» означает, что интервенция производится без необходимо- го навыка и в неподходящий момент. Причина такого использования часто кроется в недостатке осозна- ния, в то время как извращенные интервенции производятся по сознательному злому умыслу. Мы ши- роко используем эту модель, чтобы помочь молодым супервизорам лучше осознать их собственный стиль интервенции. Мы просим их оценить собственные интервенции и выяснить, какие категории яв- ляются доминирующими в их работе, а какие они избегают использовать. Затем мы объединяем обуча- ющихся в тройки, где один играет роль супервизора, другой – роль супервизируемого, а третий отмеча-

ет, какие типы интервенций используются. Это дает возможность развить навыки в какойнибудь из ред- ко используемых категорий интервенций. Кроме того, данное упражнение помогает начинающим су- первизорам увидеть, как нужно изменить их супервизорский стиль интервенции по сравнению с их те- рапевтическим стилем. Недирективный консультант может обнаружить, что все его предыдущее обуче- ние было направлено на использование каталитических интервенций и что как супервизор он должен уделять больше внимания информативным и конфронтирующим интервенциям. Мы также обнаружили, что некоторые работники, выступая в роли супервизора, полностью меняют свой стиль, отказываясь от очень полезных навыков консультанта. Им нужна помощь в переоценке терапевтических навыков, но теперь уже соответствующих новому контексту и новой роли. Эта модель также может использоваться молодыми супервизорами для формирования собственного стиля. Некоторые супервизоры записывали свои супервизорские сессии и потом подсчитывали количество использованных интервенций по катего- риям. Другие применяли эту модель и рекомендовали ее своим супервизируемый для анализа сессии и особенностей интервенций супервизора. Затем они исследовали, как каждая из сторон хотела бы изме- нить стиль интервенций. Бонд и Холланд (Bond and Holland, 1998, главы 4, 5, 6) дают подробные указа- ния по развитию каждой из предложенных Хероном категорий интервенций.

## Тема 20. Супервизия в индивидуальной психокоррекции и психотерапии

Специфический фактор групповой психотерапии. В процессе групповой психотерапии О. с. предоставляет пациенту информацию о том, как его воспринимают другие участники группы, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздей- ствует на других. О. с. дает возможность участнику группы понять и оценить свою роль в типич- ных для него межличностных ситуациях и конфликтах и благодаря этому глубже понять соб- ственные проблемы. Феномен О. с. проявляется в тех ситуациях, когда субъект восприятия имеет возможность получить от партнера по общению информацию о том, как он воспринимается. В ка- честве О. с. выступает любая информация, которую человек получает от реципиента своего пове- дения. О. с. может быть прямой или косвенной, немедленной или отсроченной, аппаратурной (фо- тографии, магнито– и видеозаписи и пр.) или личностной (вербальной и невербальной, оценочной или не содержащей оценки, эмоционально окрашенной и эмоционально нейтральной, описатель- ной и содержащей интерпретацию, ролевой и индентификационной и пр.). О. с. в психотерапии способствует реализации ведущего механизма ее лечебного действия – конфронтации, однако как источник информации отличается от интерпретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влиянием собственной проекции интерпретатора. О. с. «правильна» уже сама по себе: она является информацией о том, как реагируют на поведение пациента другие участники психотерапевтического процесса. Вопрос о том, может ли О. с. содержать элементы ин- терпретации, однозначного ответа не находит. О. с. существует и в рамках индивидуальной психо- терапии, однако здесь ее содержание весьма ограниченно. В групповой психотерапии О. с. более многопланова, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Психотерапевтическая группа предоставляет пациенту не просто О. с. – информацию о том, как он воспринимается другим человеком, но дифференцированную О. с., О. с. от всех участников груп- пы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реа- гировать. Таким образом, пациент видит себя в разных зеркалах, отражающих различные стороны его личности. Дифференцированная О. с. не только дает разноплановую информацию для совер- шенствования самопонимания, но и помогает пациенту научиться различать собственное поведе- ние. Реакция самого пациента на информацию, содержащуюся в О. с., также представляет интерес как для других участников группы (являясь обратной связью второго порядка, т. е. обратной свя- зью на обратную связь), так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты соб- ственной личности и свои реакции на рассогласование образа «Я» с восприятием окружающих. Переработка и интеграция содержания О. с. в процессе групповой психотерапии обеспечивает коррекцию неадекватных личностных образований и способствует формированию более целост- ного и адекватного образа «Я», представления о себе и самопонимания в целом. Кратохвил (Kratochvil S., 1978) выделяет в самосознании, или образе «Я», 4 области: открытую (то, что знает о себе сам человек и знают о нем другие), неизвестную (то, что человек не знает о себе и не знают

другие), скрытую (то, что человек знает о себе, но не знают другие), слепую (то, что человек не знает о себе, но знают другие). О. с. несет информацию, позволяющую пациенту уменьшить сле- пую область самосознания. Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы О. с. необходима определенная атмосфера, характеризующаяся прежде всего взаимным принятием, чувством психологической безопасности, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличием мотивации к участию в работе психотерапевтической группы и явления «размо- раживания», при котором участники группы готовы и могут отказаться от привычных, сложив- шихся способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточность и несовершенство. О. с. в группе более эффективна, если она не отсрочена, т. е. если предоставляется пациенту непо- средственно в момент наблюдения его поведения, а не через некоторое время, когда ситуация пе- рестает быть актуальной и значимой или когда уже вступили в действие психологические защит- ные механизмы. Эффективная О. с., по мнению ряда авторов, является в большей степени описа- тельной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интер- претации, оценки и критику. Более эффективной будет также дифференцированная О. с., т. е. О. с., поступающая к пациенту от нескольких участников группы, поскольку она представляется ему более достоверной и может оказать на него большее влияние. Иногда в тренинговых группах фор- мируются определенные правила предоставления и принятия О. с. (например: «Говори о своих чувствах, но не оценивай», «Слушай внимательно, но не пытайся ответить каждому» и др.). Хотя в психотерапевтических группах такие правила жестко не формулируются, однако психотерапевт стремится к развитию в группе наиболее эффективных форм О. с. в рамках той или иной теорети- ческой ориентации.

НАВЫКИ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Еще одна важная область, обязательно затрагиваемая в любом обучающем курсе по суперви- зии, – фасилитаторские навыки участников курса и помощь им в адаптации этих навыков к ситуа- ции супервизии и в их соответствующем развитии. Один из возможных способов имеет в своей основе модель шести категорий интервенции (Heron, 1975). Хирон делит все возможные интер- венции в фасилитаторских или побуждающих процессах на шесть категорий. Они в равной степе- ни применимы к индивидуальным и групповым ситуациям. Их польза состоит в том, что они по- могают осознать различные используемые нами интервенции, как те, которые нам удобны и при- вычны, так и те, которые мы избегаем. С практикой мы можем расширять свои возможности. Ак- цент делается на ожидаемом воздействии интервенции на клиента. Трудно сказать, какая из кате- горий наиболее значительна. Эти шесть категорий интервенций таковы:

* Предписывающая: обращение советом или директивное (например, «Вы должны соста- вить отчет об этом», «Вы должны уважать своего отца»).
* Информативная: дидактичность, инструктирование, информирование (например, «Вы найдете такие отчеты в базе данных»);
* Конфронтирующая: вызов, предоставление непосредственной обратной связи (например,

«Я замечаю, что ты всегда улыбаешься, когда говоришь о своем участковом супервизоре»);

* Катарсическая: уменьшение напряжения, реагирование (например, «Что ты на самом деле хочешь сказать своему клиенту?»).
* Каталитическая: отражение, побуждение к самоисследованию (например, «Можешь чтото еще сказать об этом?», «Как бы ты мог сделать это?»).
* Поддерживающая: одобрение, подтверждение значимости, признание ценности (напри- мер, «Я могу себе представить, как ты себя чувствуешь»).

Эти шесть типов интервенций имеют реальную ценность только тогда, когда основываются на заботе и интересе к клиенту или супервизируемому. Они совершенно бесполезны, когда ис- пользуются неправильно или извращенно. «Неправильно» означает, что интервенция производит- ся без необходимого навыка и в неподходящий момент. Причина такого использования часто кро- ется в недостатке осознания, в то время как извращенные интервенции производятся по созна- тельному злому умыслу. Мы широко используем эту модель, чтобы помочь молодым супервизо- рам лучше осознать их собственный стиль интервенции. Мы просим их оценить собственные ин- тервенции и выяснить, какие категории являются доминирующими в их работе, а какие они избе-

гают использовать. Затем мы объединяем обучающихся в тройки, где один играет роль супервизо- ра, другой – роль супервизируемого, а третий отмечает, какие типы интервенций используются. Это дает возможность развить навыки в какойнибудь из редко используемых категорий интервен- ций. Кроме того, данное упражнение помогает начинающим супервизорам увидеть, как нужно из- менить их супервизорский стиль интервенции по сравнению с их терапевтическим стилем. Неди- рективный консультант может обнаружить, что все его предыдущее обучение было направлено на использование каталитических интервенций и что как супервизор он должен уделять больше вни- мания информативным и конфронтирующим интервенциям. Мы также обнаружили, что некото- рые работники, выступая в роли супервизора, полностью меняют свой стиль, отказываясь от очень полезных навыков консультанта. Им нужна помощь в переоценке терапевтических навыков, но теперь уже соответствующих новому контексту и новой роли. Эта модель также может использо- ваться молодыми супервизорами для формирования собственного стиля. Некоторые супервизоры записывали свои супервизорские сессии и потом подсчитывали количество использованных ин- тервенций по категориям. Другие применяли эту модель и рекомендовали ее своим супервизируе- мый для анализа сессии и особенностей интервенций супервизора. Затем они исследовали, как каждая из сторон хотела бы изменить стиль интервенций. Бонд и Холланд (Bond and Holland, 1998, главы 4, 5, 6) дают подробные указания по развитию каждой из предложенных Хероном категорий интервенций.

НАВЫК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Процесс сообщения другому человеку того, как его воспринимают, называется обратной свя- зью. С получением и предоставлением обратной связи сопряжены значительные трудности и тре- вожные переживания, поскольку негативная обратная связь оживляет воспоминания о детских нагоняях, а позитивная обратная связь противоречит требованию «не зазнаваться». Обычно боль- шинство людей получают обратную связь, когда поступают не так, как ожидается. Чувства, сопро- вождающие процесс обратной связи, часто приводят к тому, что ее предоставляют плохо, так что связанные с ней страхи только усиливаются. Существует несколько простых правил предоставле- ния и получения обратной связи, которые превращают ее в полезное взаимодействие, позволяю- щее достичь позитивных перемен.

## Предоставление обратной связи

Хорошая обратная связь является ясной, отнесенной, регулярной, сбалансированной, кон- кретной. Ясность: старайтесь выражаться ясно, пытаясь дать обратную связь по какому-либо по- воду. Туманные высказывания с запинками и длительными паузами только усиливают тревогу и понимаются неправильно. Отнесенность: предоставляемая вами обратная связь есть ваше соб- ственное восприятие, а не истина в последней инстанции. Поэтому она представляет вас самих не меньше, чем того, кто ее получает, и будет полезна, если вы будете относить обратную связь толь- ко к себе (например, скажете: «мне кажется, что ты такой-то» вместо «ты такой-то»). Регуляр- ность: если обратная связь предоставляется регулярно, то она с большей вероятностью окажется полезной. Если этого не происходит, существует опасность, что недовольство будет накапливать- ся. Старайтесь предоставлять обратную связь как можно скорее после соответствующего события, чтобы человек успел что-нибудь сделать по этому поводу (например, не ждите, пока ктото собе- рется уходить, чтобы сообщить ему, как следовало вести себя, чтобы лучше выполнять свою рабо- ту). Сбалансированность: лучше, когда позитивная и негативная обратная связь сбалансированы, и если вы замечаете, что в вашей обратной связи кому-то из супервизируемых преобладает позитив либо негатив, это означает, что вы видите его искаженно. Однако не каждая порция критической обратной связи обязательно сопровождается чем-то позитивным, хотя общий баланс все же дол- жен существовать все время. Конкретность: обобщенную обратную связь трудно услышать. Вы- сказывания типа «Ты вызываешь раздражение» могут только ранить или разозлить. Фраза же

«Меня раздражает, когда ты забываешь записать телефонные сообщения» дает адресату некую информацию, которую он может либо использовать, либо игнорировать.

ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

В процессе получения обратной связи не обязательно быть полностью пассивным. Хорошо предоставленная обратная связь предполагает возможность разделения ответственности за нее.

Как будет использоваться полученная информация – это дело ее адресата. Вот правила получения обратной связи:

* Если обратная связь предоставляется в форме, отличной от предложенной выше, можно попросить пояснить ее и сделать более отнесенной, регулярной, сбалансированной и/или конкрет- ной.
* Выслушивайте обратную связь без осуждения. Защитная позиция может способствовать неправильному пониманию обратной связи.
* Старайтесь не пускаться в объяснения, почему вы поступили именно так, не объясняйтесь также насчет позитивной обратной связи. Попытайтесь воспринимать обратную связь от других как га взгляд на вас. Часто достаточно просто выслушать человека и сказать «спасибо».
* Спрашивайте о том, что бы вы хотели услышать.

Наше собственное понимание процесса обратной связи во многом сходится с пониманием Фримана. Его заключения обобщает Хесс: Фриман предлагает ряд важных соображений по поводу обратной связи, осуществляемой в ходе супервизии. Обратная связь должна быть а) систематиче- ской (объективной, точной, надежной, с минимальными субъективными искажениями); б) свое- временной (происходящей вскоре после значимого события); в) точно понятой (и позитивная, и негативная обратная связь должна основываться на явных и определенных критериях) и г) обоюд- ной (осуществляемой в условиях двунаправленного взаимодействия, в ходе которого даются предложения не в виде предписания или единственного способа решения проблемы, а в форме выдвижения только одного из множества потенциально полезных вариантов).