

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АЛЬ-ФАРАБИ
ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И ПОЛИТОЛОГИИ
КАФЕДРА ПЕДАГОГИКИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Весенний семестр 2026 учебного года
Образовательные программы:
7М01805 Социальная педагогика
1курс

71427 Социально-педагогическая супервизия и имитация

Тема 1. Понятие супервизии

Термин супервизор происходит от латинских корней и означает «смотреть поверх». В оригинале он относился к мастеру среди группы ремесленников. Сто лет назад в руках мастера в магазинах Новой Англии, как правило, сосредотачивалась почти полная власть над рабочей силой. Мастер 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 квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии. Супервизия – это процесс, во время которого супервизор и супервизируемый 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, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать 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 супервизия уделяет внимание слабым профессиональным и личностным сторонам супервизируемого, 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 произошло 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. Обучающиеся ОГН НГШся практиканты получали шанс исследовать со своими аналитиками свои чувства и сопротивления, возникающие 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. Предложение венгерской школы обсуждалось на двух международных конференциях, проведенных в 1935 и 1937 гг. Со временем был достигнут компромисс, и венгры согласились с тем, что практикантам 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 аналитика. 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 создали модель отношений в рамках супервизии, когда принимались во внимание пациент, терапевт, супервизор и организация, в рамках которой они действовали. Сирлз (1965) ввел понятие «процесса 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 мастерства 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 поддержка. В то же время в России супервизия развита слабо, целенаправленная подготовка супервизоров не ведется, нет требований к обязательной супервизии, также практически нет научных исследований в этой области.

В нашей стране супервизорский институт только начинает развиваться. Индивидуальные супервизии 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 различных секциях по научно-практическим интересам.

ЗАДАЧИ СУПЕРВИЗИИ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Супервизия – от латинского *super*videre «смотреть сверху» – это профессиональное консультирование и анализ как целесообразности и качества использования практических подходов и методов консультирования, так и терапевтических отношений, возникающих между клиентом и консультантом, т.е. один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области консультирования.

Цель супервизии: *расширить осознание супервизируемого и защитить интересы клиента.*

Задачи супервизии в консультировании:

- профессиональное и личностное развитие консультанта;
- развитие особых навыков и умений, которые дадут возможность оценить результаты работы;
- повышение уровня ответственности в консультировании.

Супервизия помогает консультанту понять себя и процесс консультирования, в совершенстве овладеть знаниями и навыками, необходимыми в работе. Способствует совершенствованию профессиональной деятельности специалиста. В процессе супервизии он получает возможность осознать 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, предоставить ему возможность осознавать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

Супервизия не является учебным процессом!

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

Супервизия – не контроль за профессиональной деятельностью специалиста. Она представляет собой обучение посредством корректирующего консультирования.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ЛЕЧЕНИЕ

Ряд источников определяют супервизию как форму терапии, или, по крайней мере, как терапевтический 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 **''зернами''** для супервизорской **''мельницы''**. Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста. В такой среде поведение супервизора устойчиво соответствует модели, в какой следовало бы проводить терапевтический 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 супервизируемым 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 **''бессознательного''**.

Важность неосознаваемого процесса у супервизируемого и супервизора было описано 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 году Searls внедрил концепцию **''отражающего процесса''**, который вскоре стал известен как **''параллельный процесс''**. 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 возникать и в терапии и в супервизии.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ОБРАЗОВАНИЕ

Другие авторы рассматривают супервизию в большей степени как образовательный процесс – 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». Согласно *Blocher* (1983), супервизия – «специализированный инструктаж», в котором супервизор пытается облегчить развитие готовящемуся консультанту. Супервизор выступает в роли посредника-преподавателя во взаимоотношениях студента с реальными клиентами, за чье благополучие студент 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 возможностей 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 исследования 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-

которые школы отрицают намерения «клонировать» супервизора, видя в супервизии консультативный процесс, по природе своей обучающий. Тем не менее все согласны, что никто не научится практической терапии или консультированию, не подвергнувшись терапии или консультированию. С другой стороны, супервизия – это нечто большее, чем просто обучение консультанта. Супервизия является клинической подготовкой консультанта к практической лечебной работе. Таким образом, она внедряет в практику трансформированные принципы. В супервизии квалифицированный 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. Бихевиористы, например, рассматривали проблемы клиента как приобретенное дезадаптивное поведение, и потому проходящий подготовку терапевт был ответствен за стимулирование адаптивного поведения клиента. Целями терапии являлись: а) идентификация проблемы; б) подбор адекватных методик 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 ежедневные тренировочные занятия в течение нескольких недель, интенсивное обсуждение теории, демонстрацию 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 проникновение 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 ступенчатого повышения опыта, которая дает обучающимся психотерапии возможность видеть «искренность», «эмпатию» и «безусловное положительное принятие», демонстрируемые их супервизорами, и самим практиковать эти качества. Программа включает прослушивание аудиозаписи работы опытных психотерапевтов; ролевое разыгрывание психотерапии с другими стажерами; наблюдение 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 измерениях: 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 чувствительным 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 психотерапии и консультирования. Институт супервизии выработан первоначально в практике глубинной психотерапии в виде анализа переноса/контрпереноса в терапевтическом контакте, сопровождающемся специфическим анализом биографии, структурным анализом личности и пациента, и самого психотерапевта, проходящего супервизию. Последующее развитие различных направлений психотерапии было сопряжено с одновременным созданием специфических моделей супервизии каждой школой психотерапии с целью обучения профессионалов и анализа качества их работы.

ЕДИНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУПЕРВИЗИИ

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

Клиническая супервизия – организованный, обучающий процесс, имеющий четыре пересекающиеся 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 разнообразные варианты «подошел в коридоре и сказал...», возникающие в кризисных ситуациях и случайно.

На вопрос: «Как много времени еженедельно вы уделяете супервизии?», клинические супервизоры 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 супервизора ожидается просмотр случаев, подготовленных к сеансу.

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

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

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

РОЛЬ СУПЕРВИЗИИ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ

Обязательным и необходимым условием успешной работы психотерапевта (психолога, консультанта) 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 конфиденциальности.

Основная цель супервизии – помочь консультанту наилучшим образом ответить на потребности 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 затруднения, возникшие в работе с клиентом, получить обратную связь, проанализировать причины своих затруднений, расширить свои теоретические представления, наметить пути дальнейшей работы с клиентом. Таким образом, в процессе супервизии консультант развивает и совершенствует свое профессиональное мастерство, но основным моментом здесь является конкретный случай работы с клиентом. В этом главное отличие супервизии от личной терапии. Супервизия помогает обозначить личные проблемы консультанта, которые являются причиной его затруднений в терапевтических отношениях с клиентом, но работа с этими проблемами не является непосредственной ее задачей.

В супервизорской сессии четко определены роли супервизора и супервизируемого, временные 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 способен принять, а не то, которое хотелось бы дать.

Таким образом, от дружеской беседы коллег супервизорскую сессию отличают целенаправленность и определенный формат. Выбор фокуса работы супервизии определяется, в первую очередь, запросом со стороны консультанта.

ФУНКЦИИ СУПЕРВИЗИИ

1. *Образовательная, или формирующая*, – подразумевает развитие умений, понимания и способностей супервизируемых. Она осуществляется через анализ и исследование работы супервизируемого 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 справляться 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 защищаться 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 супервизоры ответственны за удовлетворительность работы супервизируемых и ее соответствие определенным этическим требованиям.

ТИПЫ СУПЕРВИЗИИ (НАСТАВНИЧЕСКАЯ, ОБУЧАЮЩАЯ, НАПРАВЛЯЮЩАЯ, КОНСУЛЬТИРУЮЩАЯ)

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 супервизируемый оказывается в роли ученика, это может быть студент-психолог (соц. педагог, соц. работник) на практике или обученный психолог (соц. педагог, соц. работник), ведущий индивидуальную 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 супервизируемого. Как и в обучающей супервизии, в этом случае супервизор отвечает за работу супервизируемого 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 своим супервизором, который является либо его учителем, либо администратором. Такая форма подходит для опытных квалифицированных специалистов.

Тема 2. Основные схемы и модели супервизии

МОДЕЛИ СПЕЦИФИЧНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Психотерапевты, принявшие на вооружение определенный вид терапии (например, психоаналитический, проблем-разрешающий, поведенческий, позитивной) часто считают, что наилучшей «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 супервизорскую подготовку, подтвержденную сертификатом.

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ

Целью и задачами балинтовских групп являются повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «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 ограничений нет. Группа может объединять людей с различным стажем работы, наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. В группу могут входить 6-15 человек, оптимально – 8-10.

Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и «апостольских» установок, заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи.

Участники группы встречаются 1-2 раза в месяц при организации обычной пролонгированной 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 соответствует 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, частота 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 желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона, либо ведется стенограмма занятий.

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

Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики участников. Это могут 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 называемые «фантастические» терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Для обсуждения могут предлагаться и случаи из практики психотерапевта, и эпизоды, центрированные на фармакотерапии конкретного пациента. В зависимости от состава и интересов участников обсуждаться могут однотипные случаи в нозологическом (наркологи, гастроэнтерологи) или терапевтическом (групповые психотерапевты) плане. Но чаще всего в балинтовской группе обсуждается опыт лечения разнообразных пациентов различными методами.

ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ БАЛИНТОВСКОЙ ГРУППЫ

Занятия балинтовской группы достаточно подробно структурированы и проводятся в несколько этапов или «шагов». Опишем их кратко и остановимся на специфических моментах каждого этапа.

Первый «шаг» может быть условно назван «определение заказчика» из числа участников балинтовской 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 выбора группа отдает предпочтение одному из «заказчиков». При голосовании может возникнуть ситуация, когда два «заказчика» получают равное количество голосов. Тогда право выбора предоставляется 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 времени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.

Третий «шаг» – формулирование «заказчиком» вопросов к группе по своему случаю, вынесенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает «заказчику» сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) групповую 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 фиксируются ведущим и могут явиться в дальнейшем объектом динамического анализа (в классической группе это не используется, т.к. групповая динамика в ней не является предметом анализа). Другой вариант, напротив, жестко структурированный. Все участники задают по кругу «заказчику» по одному вопросу. Таких кругов может быть несколько. Кто-то из участников, не желающий задавать вопрос для прояснения ситуации или проблемы при соответствующей очередности, может 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 вопросов. 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 «заказчику» допустимо и может дать интересный материал для последующего обсуждения. Руководитель может также, начав с вопросов по кругу и заметив, что все большее число участников пропускает свою очередь или вопросы по сути повторяются, предложить перейти к неформализованному 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 своего случая. Тогда «заказчик» дополняет свой рассказ на третьем этапе, многие неосознаваемые моменты 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 вопросов, 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 недостаточно осознает, с точки зрения группы. Обычно окончательный список включает 3-5, но может 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 ответил 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 случай, на шестом «шаге» ответы на вопросы являются, как правило, обязательными для всех участников 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 зрения, даже аналогичной прозвучавшей ранее, весьма важно предоставившему случай. В эмоционально 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 навязывать, понимая, что докладчик может заблокировать принятие информации.

Поощряются на этом этапе и свободные ассоциации на тему: «Аналогичная проблема». После 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 ситуации. Высказывания последних могут быть, например, такими: «Знаешь, я представил себя на месте ... когда ты произносил что-то в его адрес, воспроизводя ситуацию, и при этом заикался, я почувствовал себя напряженно». Подобные высказывания имеют особую ценность для представляющего случай психотерапевта, да и для остальных участников также. В хорошо работающей балинтовской 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, неожиданных ракурсов видения обсуждаемой ситуации. Такое обсуждение позволяет воспользоваться полученной обратной связью участников балинтовской группы, как корректирующей, так и психологически 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 правило, интерпретацию не дают). В конце работы ведущий благодарит «заказчика» за предоставленный случай и смелость при его разборе, а участников группы – за поддержку сотрудника.

На восьмом «шаге» «заказчик» дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания могут касаться собственного эмоционального состояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффективности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии словами «как стало легко и многое понятно» и т.п. Балинтовская сессия может заканчиваться высказываниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также организационные 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 взаимоотношений с пациентом, специалист более подробно останавливается на собственно тревожащей 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 продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто приносит ценную информацию и, в любом случае, поскольку речь идет о «непонятной» для рассказчика ситуации, группа может выявлять его субъективные «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 взаимоотношениях 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 проблематики врачей. И клинический разбор, и личностный тренинг – чрезвычайно важные формы практической подготовки врачей и психологов, но... это не балинтовская группа. Основным условием продуктивной работы балинтовской группы является создание атмосферы доверия, эмоциональной заинтересованности, сочетающейся с ощущением «безопасности открытости», балансирование между «холодной» атмосферой клинического разбора и излишне «горячей» ситуацией личностного тренинга. В любой группе ведущему придется столкнуться с защитными уклонениями 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 сформулировать вопрос, центрированный на взаимоотношениях «врач–больной». «Почему именно с этим пациентом у меня не сложилось конструктивных отношений?». «Почему он прервал лечение?» 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 балинговской 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 балинговской работы со структурируемыми 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 группы, могут быть более существенными, чем его собственные, для прояснения рассказанной им ситуации.

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. Ответы типа: «Я тоже не знаю, что надо было бы делать в твоей ситуации...» – могут иметь для рассказчика и группы не меньшее значение, чем определенные суждения и «советы». Ведущий внимательно следит за сохранением фокуса обсуждения на взаимоотношениях «врач–больной», предотвращая «терапию рассказчика группой», фиксацию на технических деталях и подмену балинговской работы «клиническим разбором». Поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая». Важной функцией ведущего является и эмоциональная поддержка рассказчика, помогая ему выдержать критические высказывания, не прерывая дискуссанта и коллег, предлагающих свое видение ситуации, зачастую окрашенное проекцией. Особую ценность приобретают высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Для предотвращения блокирующих дискуссий в процессе обсуждения ведущему неоднократно приходится напоминать группе и рассказчику следующий факт: «независимо от нашего согласия или несогласия с данной точкой зрения ситуацию подобным образом мог видеть и наш пациент». В процессе обсуждения в случае выступления «советчика и критика, обладающего истинной в последней инстанции» (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 группой предложенной ситуации. Балинговская группа помимо прочего ценна предоставлением возможности 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 видения проблемы. В группах, где критический радикал значительно превышает эмоциональную поддержку рассказчику, ведущий может предложить всем участникам отмечать и положительные аспекты 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», своеобразного «переводчика» шоковой в эмоционально нейтральную информацию. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Необходимо отметить, что задачей балинговской группы является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, но расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Динамика балинговской группы значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для предотвращения обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинговской 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 предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. С высокой долей вероятности можно предполагать, что переживание 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 докладчика 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, инициированные 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 дальнейшей диагностики или дифференциальной диагностики. Это могут быть ассоциации в отношении к пациенту (пациент напоминает мне моего пациента), воспоминания о случаях из собственной жизни, эмоции (аффекты, чувство принятия или отвержения), ощущения, которые не находятся в видимой связи с докладом (мысли об уклонении, напряженность, скука, внутренняя пустота, любопытство), телесные ощущения (сердцебиение, мышечное напряжение, усталость, расслабление). А также фантазии и внутренние картины (например, из области криминалистики или карточных игр и т.д.). В результате всех этих наблюдений возникает воображаемая многогранная картина взаимоотношений между пациентом и врачом, которую можно сравнить с зеркальным отражением и содержащую при дальнейшем рассмотрении озадачивающее сходство с действительно имевшими место событиями, даже с фактами, которые во время доклада были представлены в неявной форме.

Во время группового обсуждения присутствуют процессы групповой динамики на эмоциональном и когнитивном уровнях: поляризация, различные позиции «за» и «против». Докладчик при этом имеет возможность следить за групповой динамикой и сравнивать происходящее со своими ощущениями без опасения вызвать непосредственную критику. Специалисты в области психического здоровья, не воспринимающие своих чувств в отношении к клиенту или же не придающие им значения, первоначально раздражены в таких группах, пытаются привести этому рациональные 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, сохранения атмосферы безопасности и доверительности контакта. Для супервизора необходимыми качествами являются не только профессиональная компетентность, но и владение методикой и методологией обучения, способность к воодушевлению и побуждению коллеги к спонтанности и активности, 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-профессиональных качеств, дается оценка работы и рекомендации супервизируемому. Обязательна отметка о количестве часов супервизии (каждый оцениваемый пациент – 1 засчитываемый час супервизии). 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 супервизору 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 групповой 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 возможности концептуализации своей работы, получения поддержки коллег и обретения профессиональной уверенности, в ней могут продуктивно взаимодействовать приверженцы различных направлений психотерапии.

Благодаря коллегиальному обсуждению отдельных фрагментов терапевтической или педагогической работы во время супервизии специалисты получают возможность расширить арсенал подходов и методов, повысить рефлексивность субъективного опыта и развить необходимую степень концептуализации практической деятельности. Косвенным путем супервизия помогает специалистам соприкоснуться с личностными проблемами самопонимания, препятствующими установлению 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 сопереживанию и уважению супервизируемого, использования в своей работе обучения и передачи опыта, стимуляции саморефлексии и самораскрытия супервизируемого.

Наоборот, неэффективный супервизор-наставник имеет следующую характеристику: неподдерживающий, 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 профессионального 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 терапевтических 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 семьи 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 сложной 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 ситуацией, 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 свидетельствует об общем убеждении, что, имея солидный репертуар клинических целей и навыков, супервизируемые смогут справляться с эмоциями и проблемами, как со своими, так и с принадлежащими консультируемым 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 концептуализации. После просмотра части сеанса супервизируемого можно попросить, например, описать «лейтмотивы» или взаимодействия членов семьи; наметить тип вмешательства, которое было бы эффективно в сходных ситуациях в дальнейшем; рассказать, что нового они узнали о семейном консультировании после этого сеанса. Практика устных отчетов супервизируемого также способствует клиническому росту. Устный отчет благоприятствует процессу взаимного задавания вопросов между супервизируемым и супервизором, что помогает супервизируемому организовать информацию о семьях и «носителях симптомов» в удобную для анализа систему. Многие идеи, изменившие супервизию семейного консультирования, порождены точкой зрения социальных конструкционистов. Это – мнение, что «реальность формируется нашим видением мира».

Влияние конструктивистских (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 состоит в том, что идеи рождаются и развиваются во взаимодействии членов группы.
2. Психотерапевты пытаются не инструктировать и не направлять семью. Вместо этого необходимо 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. Такой процесс часто начинается с интервью, в котором супервизор предлагает супервизируемому разобрать 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 обмениваются 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 систематично уделяют внимание благоприятным супервизорским отношениям, целенаправленной структуре, 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 терапевтического контакта, независимо от выбора стратегии воздействия. Интегративная модель супервизии 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 личности, 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 долгосрочного 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 подписями 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 вариант 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.

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 сессии 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 конфиденциальности. Таким образом, формируя контракт относительно границ в любой форме супервизии, будет одинаково неверным говорить о полной конфиденциальности всего, что происходит на сессиях, или о том, что нет ничего конфиденциального.

Рабочий альянс. Формирование рабочего альянса начинается с обсуждения взаимных ожиданий. 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 доверии, 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 ситуаций помимо непосредственных участников контракта существуют другие заинтересованные стороны. Это организация(ции), в которой проводится работа. Она может придерживаться собственной 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 агентства, то обычно оплата определяется стандартами сообщества.

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

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

Контракт в чрезвычайных ситуациях – супервизор предоставляет обучаемому номера телефонов для контакта в чрезвычайной 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.

Чрезвычайная ситуация в терапии – между супервизором и обучаемым должно быть заключено соглашение, связанное с чрезвычайными ситуациями во время терапии.

Оценка прогресса – периодически оценивается прогресс обучаемого. Обычно результаты сообщаются 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.

Конфиденциальность – в исходном контракте указывается, с кем супервизор

Может делиться материалом супервизорских сессий; это должны быть люди, к кому супервизор готов обратиться за поддержкой, супервидинием или консультацией. Две стороны оговаривают, 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 агентства, которым он подотчетен.

Подготовка супервизии.

Предварительная подготовка к процессу супервизии заключается в фиксации необходимых фрагментов практической работы с клиентами: от интервью и формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования клиента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического вмешательства или коррекции до выполнения собственно психотерапевтических методов и подведения итогов работы.

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

нения 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, целенаправленном и тщательном подходе к супервизии.

2) Межличностно-сензитивный: фокусировка на отношениях между супервизором и супервизируемым; поддержка взаимодействия, обращение к потребностям во взаимоотношениях.

3) Располагающий стиль, который характеризуется теплом, помощью, дружеским поведением, 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 руководством.

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

2) *Неподдерживающий стиль* характеризуется холодностью, отчужденностью, а иногда и враждебностью. Подобный супервизор нередко приписывает проблемы супервизии сопротивлению супервизируемого, забывая о своём участии в проблеме. Поддержка супервизируемого является важным элементом его развития в супервизорских отношениях. Супервизируемый специалист, 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.

3) *Терапевтический стиль*. Супервизор склонен приписывать событиям в терапии значение личных проблем супервизируемого. У специалистов обычно не возникает проблем, когда им говорят, что они делают что-то не верно. Гораздо большей проблемой для них является ситуация, когда причиной терапевтических неудач супервизор считает личностные проблемы самого специалиста. Супервизируемым не нравятся попытки супервизора корректировать эти проблемы в лечебной манере прямо во время сессии.

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

– ориентированный на решение проблемы – целенаправленный, ясный, конкретный, практичный, структурированный, оценивающий, предписывающий, дидактичный, тщательный, сфокусированный;

– 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 очном (живая супервизия) или заочном формате (записи, аудио– и видеозаписи, сообщение терапевта). Супервизия может проходить в присутствии супервизора или в формате коллегиальной групповой супервизии.

Индивидуальная супервизия

Многие супервизоры предпочитают работать со своими супервизируемыми 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 супервизии 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, осознании своих возможностей и ограничений.

В «живой», или очной, супервизии (face-to-face supervision, live supervision) метод наблюдения терапевта сочетается с коммуникацией, что позволяет супервизору взаимодействовать и влиять 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, когда терапевта возникают трудности. 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). Супервизор, наблюдающий процесс через одностороннее зеркало, посылает супервизируемому сообщение на компьютер, монитор которого находится в зоне его видимости. Для заочной супервизии (case supervision) супервизор может попросить терапевта сделать наброски записей о терапевтическом процессе (Bernard & Goodyear, 1992). Такое сообщение может носить 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 супервизору видео– и аудиозаписи, сделанные во время терапевтической сессии, в процессе непосредственного контакта на супервизорской сессии и через Интернет. Электронная связь помогает получать необходимую профессиональную помощь на большом расстоянии и обеспечивает чувство связанности, возможность контакта в необходимое супервизируемому терапевту время, облегчает хранение такой информации, а также дает возможность для сотрудничества между коллегами-терапевтами.

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

Для протоколов, предложенных Висконсинским тренинговым проектом по супервизии, терапевтам первого уровня рекомендуется структурирование по темам. Супервизируемому предлагается 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), пространственная (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 групповой дискуссии. Правила работы группы заключаются в организации супервизором индивидуальных заданий (например, один участник фокусируется на нарушениях границ в семье, другой – на особенностях стиля общения). Задача супервизора руководить групповым процессом и суммировать полученные данные. Преимущество этого метода заключается в приобретении равного уровня компетентности среди членов группы. В последние годы приобрела популярность также организация наблюдательной или отражающей команды. Она может посылать сообщения в комнату, входить, поддерживать, а иногда оппонировать психотерапевту. Такая команда иногда формируется таким образом, чтобы ее участники могли заменить психотерапевта на следующей сессии или эмоционально вовлекаться в интервью с пациентом (семьей). Члены команды могут быть привлечены 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 контакт супервизора с супервизируемым и большая степень доверия к супервизору, сочетание обучения 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; механизация терапевтического процесса, нарушение границ между психотерапевтом и супервизором.

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, стенограммы 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 супервизорами по телефону, о чем предварительно договариваются с семьей. Группа супервизоров в данном варианте не только проводит текущую супервизию, но и участвует в выработке заключения 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, ОРИЕНТАЦИЯ НА КЛИЕНТА, ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОЦЕСС, ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОЦЕСС В КОНТЕКСТЕ.

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

стилей и подходов, которые **модифицируются** 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 может 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 самосознание ожидания оценивания и **»Объективное самосознание«** – термин, обозначающий, что фокусирования на самом себе... может провоцировать негативную оценку собственного поведения и усиливать чувство тревоги»

Молодые супервизируемые, не имея опыта построения системы критериев для оценки собственного 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 обсуждения работы принимает на себя роль **формального оценщика**. Эти опасения могут существовать 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 **преодолевают** начальную **тревогу** и начинают **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 внутриличностной динамики или рассматривает **свой собственный успех или неудачу** как **успех или неудачу своих клиентов**.

В работе с клиентами супервизируемые, находящиеся на уровне 2, действуют менее упрощенно 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** – нормальным этапом развития человека, тогда уровень 1 подобен **детству**, 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 супервизируемого может колебаться от возбуждения до депрессивных переживаний.

Уровень 3: ориентация на процесс

На уровне 3 возрастает профессиональная уверенность и наблюдается только **условная зависимость** от супервизора. Он или она **расширяют осознание** и демонстрируют более устойчивую 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 клиентам, чтобы удовлетворить их конкретные индивидуальные потребности в конкретный момент. Они уже в состоянии **видеть клиента в более широком контексте**. Работник демонстрирует **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, поскольку на этом этапе профессиональные навыки интегрируются в его личность, а не используются как элемент выученной технологии.

Уровень 4: ориентация на процесс в контексте

Этот уровень понимают, как «интегрирующий **уровень**». К моменту перехода на этот уровень работник становится «мастером» и характеризуется **личностной автономией, высоким уровнем осознания, уверенностью в себе, стабильной мотивацией и пониманием необходимости работать над собственными личностными и профессиональными проблемами**. Часто на этой стадии супервизируемые сами начинают проводить супервизию, и это значительно углубляет 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 интеграция 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 подходами развития. Мы уже приводили аналогию со стадиями развития человека. Можно также сравнить их со средневековой ремесленной гильдией. Ее работник начинал как новичок, затем становился подмастерьем, потом независимым ремесленником и, наконец, мастером.

Находятся параллели для этой модели и в стадиях группового развития. Шютц (Schutz, 1973) утверждает, что начало развития группы связано с поиском ответа на главнейший вопрос, касающийся 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 оптимальная степень близости. Такая последовательность ключевых вопросов присуща и развивающему 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 проблемы 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.

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

3) **Тактические ошибки:**

- ограничение свободы выбора принятия решения клиентом;
- нечёткое формулирование запроса со стороны клиента;
- не произошло разделение ответственности между специалистом и клиентом за поставленные 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 профессии.

Основные факторы, мешающие получению поддержки: предыдущий опыт супервизии, личное 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. Сопротивлением называется 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, необходимостью действовать, различиями в способностях. Одна из самых распространенных реакций – страх оказаться неадекватным, в то время, как супервизируемый хочет добиться успеха. Супервизия – 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 внимательными к признакам такого конфликта.

Часто сопротивлению в супервизии принимает форму игр, в которых супервизируемый осознанно или неосознанно пытается манипулировать или осуществлять контроль над супервизорским процессом.

Защиты:

1. Подход самобичевания – супервизируемый демонстрирует свою хрупкость в попытке отвлечь 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 оценивать мои навыки, лучше ответьте на мои вопросы».
4. Беспомощность и зависимость – супервизируемый с благодарностью «поглощает» всю информацию от супервизора.
5. Перекалывание ответственности на супервизора и пр.

СТРЕСС, ВЫГОРАНИЕ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ

К первичным последствиям профессионального стресса относятся различные негативные психические состояния, возникающие в процессе и в связи с условиями профессиональной деятельности. Среди них – состояния утомления и переутомления, эмоциональный стресс, психоневротические реакции, острые стрессовые расстройства, другие острые формы нарушения психической адаптации. Их особенностью является то, что они возникают непосредственно в ответ на конкретный, хорошо идентифицируемый стресс-фактор (или группу стресс-факторов), непосредственно обусловленный им. При этом определенную роль играет индивидуальная повышенная уязвимость, связанная с наличием ряда специфических личностных особенностей, таких как высокая 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) необходимых реабилитационно – восстановительных и психокоррекционных мероприятий, недостаточной психологической поддержки со стороны значимого социального окружения (семья, коллеги, 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 поведение.

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, ухудшение морально-психологической атмосферы в коллективе, дисциплинарные нарушения, внутрисемейные проблемы, социальная апатия и пессимизм, снижение удовлетворенности службой, повышенная 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 неожиданной стороны: работники американской «службы психологической и социальной поддержки» (психологи, социологи, врачи) довольно часто теряли необходимый психический тонус, становились 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 выразительное название: «выгорание персонала» или просто «выгорание». Его основную причину видели в психическом, эмоциональном переутомлении. С точки же зрения энергоинформационной концепции основным болезнетворным фактором в данном случае является излишняя потеря энергии у персонала, психически, технически и методически не подготовленного к этому обстоятельству. Суть дела в том, что любой разговор – это достаточно заметная потеря энергии. Неформальное же общение, затрагивающее эмоциональную сферу работника «службы поддержки», – это буквально оперативное, производимое в порядке скорой помощи обеспечение клиента биологической энергией. Организаторы этой службы не учли указанного момента и потому столкнулись с проблемой сохранения здоровья своих работников.

При рассмотрении этого вопроса в более широком плане оказалось, что действительно «выгорание персонала» быстрее и заметнее происходит в тех сферах, где профессионал по долгу профессии, да и просто в силу законов человеческого общения, проявляет к субъектам профессиональной 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 феномен. 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 редукцию личных достижений.

Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая выгорания и проявляется 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 преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Предложенные три компонента выгорания в какой-то степени отражают специфику той профессиональной сферы, в которой впервые был обнаружен данный феномен. Особенно это касается второго компонента выгорания – деперсонализации, показывающей нередко состояние сферы социального 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 определенному видоизменению и понимание его основных компонентов: эмоционального истощения, цинизма, профессиональной эффективности.

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

Четырехфакторная модель (Firth, Mims, 1985; Iwanicki, Schwab, 1981). В четырехкомпонентной 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 субъектами профессиональной деятельности соответственно.

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

Фазы синдрома выгорания

В развитии синдрома профессионального выгорания М. Буриш выделяет следующие основные 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 – проявление 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 неудачах;

отсутствие толерантности и способности к компромиссу;

подозрительность, конфликты с окружением.

2. 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.

3. Разочарование:

отрицательная жизненная установка;

чувство беспомощности и бессмысленности жизни;

экзистенциальное отчаяние.

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

С точки зрения В.В. Бойко эмоциональное выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса. Эмоциональное выгорание приобретается в жизнедеятельности человека и является выработанным личностью механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» 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. Соответственно каждому этапу, возникают отдельные признаки, или симптомы, нарастающего эмоционального выгорания.

Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обуславливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Тревожное 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 приводит к развитию прочих явлений «выгорания».

2. 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 появлению профессиональных деструкций.

3. 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».

4. Симптом «тревоги и депрессии».

Обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, 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 сопротивление 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 выработанном со временем полезном навыке взаимодействия с партнерами, используя ограниченный регистр эмоций умеренной интенсивности: сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные 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 настроение – откликнусь на его состояния и потребности.

2. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации». Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, профессионал защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «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.

3. Симптом «расширения сферы экономии эмоций». Такое проявление эмоционального выгорания имеет место тогда, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области – в общении с родными, друзьями и знакомыми. Часто именно семья и близкие люди становятся первой «жертвой» эмоционального выгорания.

4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей». Термин редукция означает упрощение. В профессиональной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

Фаза истощения

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

1. Симптом «эмоционального дефицита». К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу.

2. Симптом «эмоциональной отстраненности». Личность почти полностью исключает эмоции 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, когда 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 невротоподобными 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 состояниях. Порой даже мысль о работе вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессоницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Наличие этого симптома свидетельствует о том, что эмоциональная защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками.

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

снижает профессиональную активность. Эти изменения активизируют процесс образования профессиональных 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, связанные с утратой ощущения смысла своей профессиональной деятельности. Например, «отчаяние из-за отсутствия результата», «работа впустую», равнодушие и непонимание окружающих приводят к обесцениванию усилий и потере веры в смысл жизни. Возникновение подобных переживаний бессмысленности и бессмысленности начинает определять общую жизненную ситуацию человека, вызывая в особо тяжелых случаях экзистенциальный невроз (Гришина, 1997). При изучении специалистов помогающих профессий автор получила разнообразные свидетельства того, что трактовка выгорания только как разновидности профессионального стресса недостаточна. Существуют весомые аргументы в пользу экзистенциальной интерпретации выгорания, поскольку «болезненное 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 таких тренингов дает неоднозначные результаты.

Для диагностики синдрома выгорания разработан опросник эмоционального выгорания В.В. Бойко, опросник К. Маслач и С. Джексона, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, ряд других методик.

Жизнь человека невозможна без определенной степени нервно-психического напряжения. Для оптимального состояния разным людям требуются определенные и неодинаковые степени стресса. Каждому человеку следует внимательно относиться к себе, сигналам своего тела, надо изучать себя и найти индивидуальный оптимальный уровень стресса. Каждому работающему человеку 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 профессиональных деформаций?

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

«Я действительно хочу этим заниматься» – перечислите то, чем Вам нравится 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, питание, борьба с вредными привычками, например: курением или поздним ужином перед телевизором.

Начните заботиться о своем психологическом здоровье. Используйте для этого тренинги: релаксации, ведения переговоров, управления временем и асертивности.

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

Супервизорский контракт – документ, составленный в форме единовременного или долгосрочного 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 подписями 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 вариант 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 формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического 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 супервизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое 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 вариант 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 супервизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические занятия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, отражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультацией или работой в балинтовской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? Информация об учащемся в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентироваться 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 служит 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 психотерапевтической помощи.

Тема 4. Трудности и ошибки в консультировании и психотерапии, требующие супервизорского 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 проблемы 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

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

3) **Тактические ошибки:**

- ограничение свободы выбора принятия решения клиентом;
- нечёткое формулирование запроса со стороны клиента;
- не произошло разделение ответственности между специалистом и клиентом за поставленные 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 самооценки. 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 организационного, образовательного и поддерживающего элементов супервизии, знание различных типов 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 предписание, 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 терапевта, на отношениях в супервизии, на собственном контрпереносе, на более широком контексте. 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.

5) 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 супервизора/наставника.

6) Для групповых супервизоров: знания о динамике в работе с группой, использование группового процесса в интересах процесса супервизии, умение справляться с соперничеством в группе.

7) Для старших супервизоров: умение проводить межпрофессиональную супервизию, проводить супервизию организации. Иметь знания по стадиям развития рабочих групп и организаций. Умение осветить скрытую культуру организации или рабочей команды, фасилитировать организационные 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 интервенций и методов.

Многовариантная точка зрения: способность видеть одни и те же ситуации под разными углами.

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 терапевтический 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 отработке 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.

2) 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 ситуация 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.

3) Консультант. Роль предполагает наличие знаний и опыта; широту опыта и способность поделиться им, дать рекомендацию к действию с учетом специфики ситуации.

Консультант-супервизор:

- 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 интервенциях;
- 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, способы поведения, реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к себе 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 самостоятельного 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).

4) Эксперт. Супервизор должен осуществлять оценку для допуска в профессиональное сообщество.

Эксперт-супервизор:

- 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 личностных качеств.

2) Менеджер. Роль предполагает выполнение управленческой работы.

Менеджер-супервизор:

- подбирает и расстановливает кадры;
- планирует социально-терапевтическую работу;
- подбирает «команды»;

- распределяет обязанности между членами команды;
- осуществляет мониторинг; контроль; оценку качества работы супервизируемого специалиста;

- 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 помогает организации функционировать более эффективно, обеспечивая эффективное управление.

3) **Администратор.** Выполнение роли административного буфера.

Администратор-супервизор:

- улаживает конфликты между клиентом и специалистом;
- защищает профессиональные интересы подопечных ему социальных работников, выполняет роль посредника между специалистом по социальной работе и руководством органов социального обеспечения;
- ведет необходимую документацию, в которой отражает запланированные шаги супервизорской сессии.

Как администратор, супервизор осуществляет мониторинг соответствия правил и контрактных соглашений, наблюдая за тем, чтобы действия учреждения соответствовали принятым стандартам 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 проблемы, 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 правильно в данной ситуации, а также то, что крайне важно, и сделать собственные выводы. Следовательно, 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 обращения к бессознательным конфликтам, возникающим у супервизируемого при его работе с пациентами.

Конфиденциальность. Если супервизор или супервизорская группа получают доступ к материалу пациента, то может возникнуть этический конфликт, поскольку при этом нарушается абсолютная конфиденциальность между пациентом и аналитиком. Следует решить, этично ли обойтись без согласия пациента на представление его материала к рассмотрению на супервизии; в равной 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 материал будет передан на супервизию.

Для того, чтобы процедура супервизии была полезной и этичной, ее следует уподобить терапевтической 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 хорошим 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 возможностей для обучения, которые применяются в различных комбинациях для усиления их эффективности. Возможная программа обучения или цикл таких программ представлены на рисунке 8.1. Анализ предыдущего опыта супервизии Получение обратной связи от своего супервизора Выработка своего стиля супервизии Чтение книг и статей, просмотривание видеофильмов на тему супервизии Продолжение обучения Анализ проводимой вами супервизии (см. схему, приведенную ниже)

Обсуждение своего стиля с супервизором . Процесс обучения супервизора Этот цикл обучения можно видоизменить и упорядочить в любом направлении и любым способом, чтобы он соответствовал вашим возможностям и потребностям в обучении. Однако если вы хотите сделать свое обучение систематическим, начинать нужно с процесса самооценки и выявления этих потребностей 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 запросами и обстоятельствами. Оценить необходимое обучение по этой форме можно либо вместе со своим супервизором, получая обратную связь от него, либо с коллегами, также используя данную схему в качестве формы для предоставления обратной связи.

НАВЫКИ СУПЕРВИЗОРСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

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

– **Моделирование**, т.е. демонстрация супервизором собственных способов мышления и действий на базе своей собственной практики (примеры, предложения моделей – и не более того!)

– **Инструкции и рекомендации, подсказки, передача фактического материала** – информирование с целью сообщить консультанту, как следует поступать в той или иной конкретной ситуации (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 глубокому осознанию консультантом себя.

– **Интерпретация** – интерпретация эмоций, защит консультанта – таких проявлений, которые 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 возможность использования метафор в процессе супервизорской работы. Если способности консультанта к применению ассоциаций ограничены, супервизор может использовать прямой опрос, моделирование 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...»

2. Поощрение и развитие гибкости позиции консультанта в работе с абонентом, оригинальности в работе, умения строить разные гипотезы, рассматривать разные впечатления, делать и высказывать, анализировать разные наблюдения и пр. Гибкость необходима и самому супервизору. Во время супервизорской сессии необходимо разбирать множество вариантов одного разговора или ситуации, имевших место в работе консультанта на ТД. Обучать консультанта умению синтезировать 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.

3. Поощрение и постоянная практика консультанта в саморефлексии, т.е. в осознании консультантом своей деятельности, ее смыслов и целей, а также в осознании им самого себя, присущего ему способа мышления, осознание консультантом того, как он накапливает информацию 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 стратегий: 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 – «инструмент» поводыря; это важно, поскольку имеет значение то, что консультант строит свое взаимодействие с абонентом, используя определенные техники и приемы, т.е. свой профессиональный инструментарий).

4. Обсуждение чувств консультанта в конкретной ситуации его работы с клиентом: «Что вы чувствуете, когда...?» Это способствует более полному осознанию и принятию консультантом себя и развивает его способности в обсуждении чувств абонента при разговоре по ТД. Спрашивая собеседника: «Что заставляет ваше сердце биться?» или «Что мешает вам чувствовать себя счастливым?» – мы обращаемся к здоровой части его личности, открываем путь к его собственной позитивной 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 – «наставничество» 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 сообщество.

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 профессиональных комплексов (неуверенность, некомпетентность).

Тема 7. Супервизия в психологическом консультировании

Соппротивление (тревога) супервизируемого

Соппротивлением называется защитное поведение, имеющее цель уменьшить тревогу. Первичной целью сопротивления (Liddle, 1986) является самозащита, с помощью которой супервизируемый охраняет себя от ощущаемой угрозы. Тревога в супервизии определяется множеством различных 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. Высокая тревога обуславливает 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 супервизия является обязательным компонентом обучения. Супервизируемые могут воспринимать супервизора как равного, если не видят, что его возможности превышают их собственные, и отвечать 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 супервизируемого, 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 обуславливает 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 клиента фигурой нейтральной, анонимной, неопределенной.

Обучающие отношения характерны для поведенческого и когнитивного подхода.

Помогающие отношения характерны для гуманистического подхода (клиентцентрированное консультирование К. Роджерса).

Термин «консультативный контакт» ввел К. Роджерс

Консультативный контакт – это чувства и установки, которые участники консультирования 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 клиенту. Контрперенос можно определить как эмоциональные и поведенческие реакции терапевта, консультанта, 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 клиентом проблемы и может быть трех видов:
 - тревожность, связанная с непроработанными личностными проблемами самого консультанта;
 - 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 переживание 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 определенным чувствам клиента;
- проявление необоснованной антипатии или симпатии по отношению к клиентам;
- осознание отсутствия своей эмоциональной реакции на глубокие чувства клиента, ощущение 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 клиента 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».

2. Контрперенос является важной составляющей процесса психологического консультирования и выполняет следующие функции:

- сигнала, оповещающего консультанта о наличии у него непроработанных личностных проблем, 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.

3. В случае осознания консультантом негативного влияния его контртрансферных чувств на процесс консультирования консультант обязан прорабатывать и регулировать эти чувства.

Существуют следующие способы регулирования и контроля консультантом своих контртрансферных 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 рекомендациями 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 поведение 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 феномен контрпереноса как полезный или препятствующий.

Чувствами и отношениями полезного контрпереноса являются те, которые бдительные терапевты 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 рассказом 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 указывает, насколько сильно ему надо было обидеть меня именно тогда.

Феноменом препятствующего контрпереноса является любой, ставший причиной затруднений. 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 историю, постоянно напоминающую о себе. У клиентов – и мы уже это видели – вынужденное повторение обеспечивает мощный терапевтический потенциал; для терапевтов же оно оказывается ловушкой, о которой необходимо постоянно помнить. То, что удержало меня от хладнокровного использования чувства обиды под видом полезного контрпереноса, было гнетом пожизненного страха критики. С другой стороны, я нашел в себе силы использовать собственные чувства по отношению 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 проблемой, 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 матерью. Она придает слишком большое значение этому аспекту в динамике клиента и преуспевает в своем влиянии на клиента так, что тот тоже начинает переоценивать его.

2. Контрперенос может побуждать нас использовать клиентов для косвенного самоудовлетворения.

Терапевт с конфликтами по поводу своего чувства зависимости представляет опасность, поскольку может незаметно подстрекать клиента к (поверхностным) независимым действиям в качестве косвенного способа в попытках преодолеть свою собственную зависимость. Можно вообразить, 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.

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

Тема 8. Супервизия в дистантном консультировании

АНАЛИЗ ПРОДУКТОВ ДИСТАНТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Существует два вида заочного консультирования: телефонное консультирование и письменное консультирование. Введение последней формы психологической помощи было обусловлено тем, что по некоторым причинам использование телефонного консультирования может быть затруднено. В отечественной литературе достаточно часто отмечается, что эпистолярный жанр очень эффективен. Ведь написанное убеждает и внушает сильнее, чем сказанное. В письме, особенно написанном от руки, – символика и некая магия. Письмо читают уединившись, и оно воздействует как внушение в состоянии аутогенной релаксации. Более того, оно способно воздействовать и на уровне внушения в гипнотическом состоянии. Адресат сам выбирает время его прочтения 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 глубины метода. Исходя из этого, Меновщиков В. Ю. предлагает ввести новое наименование – *скриботерапия* (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) консультирование или психотерапия. Коротко остановимся на каждом из них.

Во-первых, письмо дает достаточно большую *психодиагностическую информацию*: а) подробнейшее 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, характер построения фраз, само содержание письма позволяют не только разобраться в проблеме клиента, 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 показатели: характер почерка, в том числе неровность, разные размеры букв и т. п., дающие вспомогательную информацию об эмоциональном состоянии клиента, о некоторых его психических свойствах. Контент-анализ может быть использован как вспомогательное средство диагностики в работе с единичным клиентом, если с таковым ведется продолжительная переписка. Например, уменьшение в тексте таких категорий анализа, как слова, описывающие негативные эмоции, проблемы личности, и замена их на единицы положительного плана может косвенно свидетельствовать 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 обратную 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 метамоделей, 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 произошедшего 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 ситуации*. 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 тренинге и очном консультировании. Но их применение в скриботерапии имеет свою специфику. Например, при пересказе выбираются лишь главные ключевые слова, фразы для выражения отношения 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 помощь 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 тактики, берущей начало от одного из традиционных психотерапевтических направлений. В последнее время психологи больше склоняются к терапевтическому эклектизму, к синтетическому подходу в консультировании и психотерапии. Спектр конкретных техник достаточно широк: от косвенной суггестии до парадоксальной интенции.

Стоит обратить внимание на отличие консультативного письма от письма обычного или делового. Письмо обязательно должно писаться от руки – это делает контакт между клиентом и консультантом 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 оказываемой 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 сообщений.

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 непосредственной – 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. Супервизор создает условия, направленные на помощь в решении этой задачи профессионального развития. Роль супервизора на этой стадии обучения достаточно активна и требует взятия на себя большей ответственности и инициативы по сравнению с другими этапами. Отношения в супервизии 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 терапевтической 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 открытого проживания этого чувства, например, блокирующего стыда связанного с ощущением собственной некомпетентности, а также поддерживать участников заявляющих о стыде, проводя соответствующую психотерапевтическую работу;
- рассказывать о супервизии, ясно акцентируя, что задачей супервизора является помощь терапевту, 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 терапевтического процесса, возможных интервенций, максимально экологичное выражение предположений и гипотез, а не критика терапевта;
- побуждать терапевта останавливаться и осознавать свои чувства;
- помогать терапевту в осознании того, как он обходится со своей тревогой, и что он делает в сессии, чтобы справиться с ней (торопится, предлагает клиенту эксперимент, чтобы избавиться от собственной тревоги и т.д.);

- обсуждать моменты, где терапевт не решился конфронтировать с особенностями поведения клиента;

- «отражать» терапевта, описывая его фактическое поведение в сессии, основные положительные 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 происходящего 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 прерывания 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 работы с внутренними феноменами клиента (например, используя для этого пустой стул);

- стимулировать группу для обсуждения возможных вариантов работы с феноменами в сессии, 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 терапевта самому рассказать, что у него получилось хорошо, а что не получилось. Важно, чтобы супервизор 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 феноменов. 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 осознание 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 открыто 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 должен иметь возможности выражать инстинктивные реакции на пациентов, обсуждать проблему контрпереноса, высказывать свои сомнения и делиться своими ассоциациями и догадками. Контрперенос 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 нуждаются в проработке.

Несмотря на достоинства метода, во-первых, часто в процессе работы супервизор сталкивается с сопротивлением. Зачастую мысль о том, что работа подвергается оценке, вызывает у обучающегося чувство тревоги, беспокойства и уязвимости, значительно ухудшающее его действия. В этом случае необходимо помнить, что чувства беспомощности и смятения нередко сопровождают начальный этап процесса обучения, поэтому для сохранения взаимного достоинства и профессионального 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 хватает, супервизия может быть «сорвана», а у супервизируемого возникнут негативные переживания.

Во-вторых, проблема, вызывающая сложности супервизионного воздействия, состоит в специфике 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 жесткие установки в отношении мужских и женских ролей.

Супервизия предполагает множественные уровни ответственности, так как супервизор выступает 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 практической помощи. Второй уровень является более сложным для анализа, так как на этом уровне выделяются и анализируются такие процессы и явления, как консультационный процесс, психодинамические параметры, включая перенос, контрперенос, сопротивление и продвинутые методы воздействия.

Уровни супервизии определяются целью супервизии, соотносятся с уровнем профессиональной 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 уровень), а обучающиеся выпускного этапа – в анализе качества работы и обратной связи квалифицированного 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, аутентичность, 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 формулирования диагноза, выделения психологических мишеней и заключения психотерапевтического контракта, информирования пациента о целях и последовательности избранных методов психотерапевтического 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 супервизируемым (в случае групповой супервизии – между супервизором и каждым участником групповой супервизии). Контракт скрепляется личными подписями супервизора и супервизируемого. Непременным условием контракта является соблюдение конфиденциальности информации, касающейся представленного пациента и личностно-профессиональных качеств супервизируемого.

В предварительном супервизорском контракте необходимо оговаривать все рабочее (оплачиваемое 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 вариант 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 супервизии материалы сессий с разными пациентами (не менее 3-х) или психотерапевтические занятия с одним и тем же пациентом в динамике психотерапии (не менее трех фрагментов сеансов, отражающих начало, середину и завершение психотерапевтического процесса).

Преподаватель обязан подготовить и провести супервизию таким образом, чтобы не возникало недоразумений и трудностей на пути к открытому обучению. Например, он может задать ряд вопросов учащемуся по поводу его образования, поинтересоваться слабыми и сильными сторонами его обучения. Сталкивался ли он ранее с супервизорской консультацией или работой в балинтовской группе, и оправдала ли она его надежды? Как он сам оценивает свои профессиональные качества как психотерапевта? Проходил ли он сам курс индивидуальной или групповой психотерапии? Информация об учащих в начале цикла обучения помогает преподавателю сориентироваться 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 служит как метод обучения и контроля над учебной деятельностью. Кроме умения структурировать материал, супервизируемый должен иметь представление о современных классификационных системах, многоосевой диагностике, уметь определять психотерапевтический диагноз и провести интервью по генограмме (см. Приложение 3,4,5), а также аргументировать выбранные им стратегию и тактику психотерапевтической помощи.

Тема 11. Супервизия в транзакционном анализе

Мэри 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 потенциал как терапевты, а опытные терапевты могут улучшить свою эффективность, используя Транзактный 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 супервизия.

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

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 становится значимым для него, то практик больше не должен переводить, он может думать на этом языке, чтобы интегрировать материал 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 использование ТА как язык, и показать способ мышления на этом языке.

Транзактный анализ был и есть увлекательный и захватывающий метод, он обеспечивает прямую и точную терминологию, для того чтобы описать внутриспсихические и внешнеспсихические 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 ТА и развить некоторую гибкость в выборе теорий, моделей и техник.

Во-вторых, супервизор должен научиться отслеживать и концептуализировать процесс супервизии 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 некоторых 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 проблем 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 высказывания клиента и свои, которые указывают на поведенческое проявление внутриспсихического 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 позволяет установить: важнейшие философские принципы ТА – равные взаимоотношения (Я-ОК, Ты-ОК), открытые коммуникации (каждый человек может мыслить, и принимать собственные решения, за исключением людей с органическим поражением мозга), а так же использовать контрактный метод (уважительное отношение к достоинству и автономии каждого человека).

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

Кроме очевидного ограничения и поляризации выборов действий, есть более фундаментальное 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 клиенту. Конечно, большинство практиков это знает, но в момент напряжения начинается обесценивание, регресс идет полным ходом, это означает перенос. Практик, который также является человеком, как и его клиент, «забывает» то, что он знает так хорошо. Тогда потенциальным в супервизии становится вопрос, что заставило практиционера «забыть» в данном конкретном случае с данным конкретно клиентом. Мюриэл Джеймс (1977) написала об использовании вопросов «плана игры» (Джон Джеймс) для проведения самосупервидения. Вопросы предлагают продуктивную структуру для супервизии в плане проверки контрпереноса, берущего начало из собственного сценария терапевта (психолога), помогают понять, что «цепляет» и тем самым активизирует симбиотические связи практиционера.

В процессе супервизии супервизор будет размышлять над:

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

-принципами практики, которые влияют на процесс проведения супервизии,

-диапазоном моделей, подходящих для использования в супервизии,

-диапазоном консультационных и психотерапевтических моделей, доступных для супервизора и супервизируемого,

- профессиональной стадии развития супервизируемого,
- текущими потребностями супервизируемого,
- общими потребностями супервизируемого,
- потребностями клиента супервизируемого,

Супервизору, чаще, спонсору (руководителю прим. перев.) необходимо быть способным организовать процесс супервизии таким образом, чтобы он мог делать выборы рационально, эффективно 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 – супервизор и супервизируемый должны обсудить и согласовать это и с супервизируемым, причем супервизируемый имеет преимущества и выбор моделей, а именно ТА, объектные отношения, психоаналитическая 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 организована **супервизия супервизии**. Супервизирующий супервизор обращает внимание на весь материал, фокусируясь на том, как помочь другому (супервизору) понять и обучиться организовывать супервизионный процесс и процедуру. Супервизор, супервизирующий супервизора не должен ресупервизировать супервизируемого, так же как супервизор не должен делать «Second-hand» терапию с клиентом супервизируемого. Делая супервизию супервизии супервизору необходимо 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 руководством 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 клиента в ТОП.
- Тренировочная супервизия № 3 – работа с клиентами с различными расстройствами – психосоматика, травма, зависимости и др.

Тема 13. Трудности и ошибки в психотерапии детей и подростков

РОЛЬ СУПЕРВИЗИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ.

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 необходимо учитывать такой фактор, как поддержка лечения ребенка со стороны взрослых. Целью является сдерживание родительских чувств и налаживание партнерских отношений между взрослыми для оказания помощи ребенку. Это совсем не означает, что родителям для решения их собственных 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 обсуждали 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 ребенка.

В подобных сложных ситуациях поддержка часто осуществляется одним из коллег аналитика. Ему могут оказать содействие и другие работники службы охраны психического здоровья детей 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 двойственным 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 сказал 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 происходило 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, необходимо 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 бессмысленного агрессивного поведения. Такие меры безопасности, как изменение обстановки в помещении, решетки на окнах или максимально упрощенная меблировка, могут помочь только в некоторых случаях. Астор пишет, что «в отличие от аналитиков, работающих с взрослыми пациентами, детские аналитики должны обладать физической подвижностью и с терпеливым пониманием 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 нанести вред (и наносят его) их здоровью; дети дерутся, кусаются, мочатся, испражняются, совершают опасные акробатические прыжки на кушетках, залезают на столы, картотечные шкафы, подоконники и втыкают мелкие предметы в электрические розетки. Дети могут забраться на колени аналитика, сдернуть с носа его очки или сорвать украшения, и постараться коснуться интимных частей 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 показателем скрытых намерений. Важно также определить, имеется ли у ребенка желание сбросить себя и выздороветь.

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

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

Нападение может заставить аналитика пойти на вынужденные меры ради собственной безопасности, 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 супервизора.

ОШИБКИ ПРИСОЕДИНЕНИЯ К СЕМЬЕ С БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

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

ОШИБКИ НЕДООЦЕНИВАНИЯ СЕМЬИ КАК СИСТЕМЫ

Семья как система – это очень важное понятие для семейной психологии. Более того, возникновение 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 нее, 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 к сохранению сложившихся связей между ее элементами, так и к их эволюции. В живой системе, которая формируется 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 энергией с окружающей средой. Она представляет собой открытую субстанцию, элементы которой взаимодействуют и друг с другом, и с внешними институтами: с образовательными учреждениями, 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 образом, семейная система, так же как и любая другая, работает под воздействием двух законов: саморегуляции и развития.

Закон саморегуляции формулируется следующим образом: каждая система стремится сохранить 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 возвращению в обычное состояние. Механизм, фиксации и возвращения называется механизмом обратной 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 вовремя), 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 примерно так: «система в целом должна остаться без перемен».

Согласно закону развития, **семья как система** должна пройти свой жизненный цикл, представляющий собой некую последовательную смену событий и стадий, которые проходит большинство семей. Непосредственными причинами, дающими возможность подобного движения, являются 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 существования 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 механизмов: структуры семейных ролей; семейных подсистем; внешних и внутренних границ между ними. К параметрам **семьи как системы** относятся также: семейные правила; стандарты (стереотипы) взаимодействия; семейные мифы; семейная история (тема); семейные стабилизаторы.

ВОЗМОЖНЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С СЕМЬЕЙ

Тактические ошибки возникают преимущественно из-за отсутствия у психотерапевта четкой 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 чрезмерную увлеченность каким-либо одним методом психотерапии в ущерб системному видению проблемы, например, работа только в симптомоцентрированном или аналитическом подходах.

Для обучения детских и подростковых психотерапевтов концептуализации и планированию психотерапии на курсе детско-подростковой психотерапии МАПО нами адаптирована схема стратегической модели D.N. Oudshoorn(1993). При ее использовании любую проблему можно представить в виде «слоеного пирога» из 6 уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход D.N. Oudshoorn является мультимодальным, соотносится с многосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противостоят 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?»

2. 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 детям все самое лучшее?» или «Помогаете ли вы, как хороший муж, своей жене в домашнем хозяйстве?»

3. 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 имеет какие-либо преимущества?». Этот вопрос лучше сформулировать так: «Как выдумаете, какие преимущества имеет работа вне дома?»

4. 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, обследуемый уже нашел работу, однако не нашел няню, так на какой из вопросов он будет отвечать?

5. Нечетко сформулированные или искаженные вопросы

При такой ошибке вопрос формулируется нечетко и оказывается непоясненным.

6. 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 обосновать свое мнение. Но дело в том, что он поступил так, как считал правильным. Вопросы типа «Почему?» отчуждают пациента от вас и требуют от него интеллектуальных усилий.

Мы указали некоторые из наиболее частых ошибок, допускаемых при сборе анамнеза. Будьте 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 преднаркотической 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 генетического фактора. Были получены веские доказательства в пользу генетического компонента алкоголизма. По сравнению с непьющими «приемными детьми» большее число употребляющих алкоголь «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 зависимости от каких-либо химически активных соединений в нескольких поколениях. Не исключена возможность, что в семьях существует предрасположенность к возникновению зависимости, а выбор 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 семьях, где хотя бы один родитель страдает алкоголизмом. Ряд катамнестических исследований, направленных на изучение отклонений поведения, указывают на роль протрагированных психотравм 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, сновидениях. 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 микросоциальные 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 ПАЦИЕНТОМ

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 обращения, тем больше он нуждается в обращении на «Вы».

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

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

При первом поступлении в стационар некоторые больные наркоманией на вопросы о самочувствии отвечают, что у них все прекрасно, чувствуют они себя великолепно, во врачебной помощи не нуждаются, лечиться им не от чего и они вообще не понимают, что нужно от них милиции и психиатрам. Разрушить этот негативизм в первой беседе не удастся. Уговоры, уличения со ссылкой на объективные сведения оказываются бесполезными, навязчивость врача препятствует контакту в последующем. Здесь целесообразнее ограничиться соматоневрологическим обследованием и не назначать никаких медикаментозных средств. Однако наблюдение за диссимилирующими 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 возможностями контакта, разумнее ограничиться наблюдением за ним и беседой на посторонние темы. В этом случае он «не закрывается», свойства его личности проступают нагляднее. Познавательного и интересного 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 беседе о наркотизме мы узнаем – у опьяневшего ли, у трезвого ли больного – не больше, чем он захочет 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 ситуации, чем трезвый.

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

Главное, однако, в том, что в период абстинентного синдрома больной сам стремится к беседе с врачом, ищет помощи и благодарно отвечает на сочувствие. Таким образом, удачно выбранный 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 ощущения, их изменения по времени суток и по дням. На этом этапе целесообразно предложить больному 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 тяжести и непереносимости, и не нужно торопиться с переубеждением. Дело в том, что чем легче проходит период абстиненции, тем меньше преград на пути к рецидиву, поэтому пациент должен видеть лишь то, что врач и персонал понимают тяжесть его состояния, сочувствуют и делают, что могут, чтобы это состояние облегчить. Подтверждает это ежедневное, внимательное соматоневрологическое обследование. Разговоры с больным о том, что он не в первый раз переносит абстинентный синдром, что соседи «вот уже перенесли», что у него бывали состояния похуже, нецелесообразны 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 подходящий 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 переводить его в наркологическое – тактически неверна. В понимании больного наркоманией единственное 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 нужен.

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 «выговориться». Обычно такой момент наступает сразу после дачи медикаментов: тут у больного непосредственно возникает психическое облегчение, удовлетворение от того, что «что-то ввели». Истощаемость этих больных в период абстинентного синдрома не позволяет затягивать разговор, даже если больной упомянул о чем-то значащем. Вскоре после выхода из абстинентного состояния к этой теме можно будет вернуться: «В прошлый раз Вы говорили...». Если личностный контакт установился, то такой разговор состоится.

В последующих беседах красной нитью прослеживаются интерес врача и озабоченность соматоневрологическим состоянием пациента. Любая беседа и со здоровыми, и с больными, чтобы быть успешной, проводится с учетом интереса собеседника. Уровень психического развития больных наркоманией в большинстве случаев такой, что они не способны дать самоотчет относительно 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 рассказывают – важно для собеседника-психиатра. По ответам больных мы судим и об уровне психического 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 предпринять», «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 откровенных бесед. Острота состояния миновала, истощаемость уменьшилась, но чувства благополучия, здоровья у пациента еще нет. Он все еще быстро устает, аффективно неустойчив, переживания несут депрессивную окраску, ритм сна не восстанавливается, отношения с окружающими неровные (раздражительность, вспыльчивость). Нечетко осознаваемое нездоровье создает потребность в общении с врачом. И это общение тем продуктивнее, чем раньше установился психотерапевтический 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 последующих 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 вопреки желанию пациента. Причина скорее выясняется оценкой ситуации в отделении и объективным наблюдением психического и соматоневрологического состояния самого больного.

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

Врач сразу же должен установить причину нарушения контакта – изменение состояния, пробуждение влечения к наркотикам, которое не всегда осознается больным. Дисфория, ухудшение самочувствия после периода благополучия создают негативную установку на общение, озлобленность, контрастные психотерапевтическому контакту, возникшему в период неблагополучия, продолжительной 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 наркоманией 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 одобряют, 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 определенного больного (в этом случае собрание проводит не его лечащий врач), она относится ко всем присутствующим, поэтому межличностные контакты врача и отдельного пациента ущерба не терпят. Общеотделенческие беседы могут быть регулярными, а также и внеочередными в связи с одной 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 рационалистическим путем, рассуждением, логическими обоснованиями, однако без передачи эмоционального заряда, без фактора индукции работа с больными малоэффективна. Кроме того, холодный, малоэмоциональный человек не вызывает привязанности, а привязанность к врачу и персо-

налу, проистекающее из нее желание нравиться, заслужить поощрение, быть оцененным — действенный стимул к выздоровлению.

Какие чувства из двух полярных гамм эмоций может и должен видеть больной у своего врача? 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 частности, 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 отношение 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 наркоманией, с которыми установлены хороший личный контакт, понимание и доверительность. Негативные 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 доверительные 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 обдуманным. Если этот метод врач начинает применять до использования метода воздействия положительными эмоциями, то в отделении надолго устанавливается климат отчуждения, недоверия, противопоставления больных персоналу, а в этом климате лживость и режимные нарушения неизбежны.

В группе пациентов, с которыми существует хороший и длительный личный контакт, формальное 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 формального отношения, отчуждения заставляет больного пересмотреть свои отношения с врачом и сделать вывод, что врач или равнодушный, или лицемерный человек, лишь притворявшийся расположенным и заинтересованным. В дальнейшем контакт обычно не восстанавливается. Объясняется 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 применима 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, противоречила 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 необходимости вмешиваться, прослеживая реакцию до конца. Затем у больного выясняют, когда, вследствие 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 первоначальных 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 болезни. У пациента нет ощущения чуждости, привнесенности своего состояния, зависимости своего «я» от болезни, как, допустим, это наблюдается при любом соматическом страдании. Наркотизация – это его реальность, его бытие, его жизнь. Косвенное, ненавязчивое, непрямое внушение 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. Подчеркиванием болезненности его состояния мы способствуем появлению у него отстраненного взгляда на наркоманию, на злоупотребление. Без этого невозможна психотерапия. По существу такое отношение 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 супервизии: 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 супервизируемого на каждой групповой сессии выступает один из участников группы по графику, определяемому группой. Материалом для супервизии является устный доклад супервизируемого по 1 терапевтическому случаю (обычно, описание одной сессии с пациентом, включая краткое изложение анамнеза и описание клинической картины и терапевтического подхода). Доклад адресуется супервизору и остальным 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 осуществляет супервизор);

1 фаза: доклад супервизируемого и формулирование им заказа, продолжительность – 30 минут, затем – групповое обсуждение при молчании докладчика (15 минут): участники группы проводят дискуссию (соглашаются с методом и техникой вмешательства или отвергают их), не касаясь личностных качеств 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 чувствами по поводу пациента. Эта фаза чрезвычайно важна для установления безопасной атмосферы в группе и способствует осознанию супервизируемым «слепых пятен» в своей работе. Продолжительность 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. Продолжительность 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 задачи: не директивным путем стремится к обучению супервизируемого и других участников группы использовать 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 допустимом для данной группы уровне (например, анализ сопротивления, переноса/контр – переноса, проективной идентификации и других психологических защит), способствует свободе и открытости высказываний, стимулирует развитие способности к концептуализации участников группы. Если в группе возникает ситуация давления на супервизируемого, супервизор стремится к минимизации агрессии (например, переключением внимания участников группы на анализ их собственных эмоций), но в обобщении 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, участники 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 географическую 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 запрос на то, чтобы «получить немного терапии», и группе необходимо прояснить свою позицию по этому вопросу и проверить, реалистичны ли такие ожидания. Необходимо также обсудить временные рамки и количество представляемых клиентов. Супервизоры могут использовать следующие вопросы:

- Каковы цели супервизорской группы?
- Какие роли должен взять на себя супервизор, чтобы способствовать достижению этих целей?
- Какое соотношение между дидактическим материалом, разбором случаев и межличностным процессом в работе группы будет наиболее продуктивным?
- Каким образом проводить оценку работы группы?

Некоторые вопросы по заключению контракта перекликаются 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 тревога. Супервизируемых волнуют следующие вопросы: Раскроют ли меня? Увидит ли кто-нибудь 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 его-то знаниями и умениями? Нужно создать такую 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 уклонения от опасности, заключенной в исследовании собственных слабостей! Существует простое правило, позволяющее обойти деструктивные групповые процессы, и сводится оно к тому, что любое утверждение произносится от первого лица и на основании собственного опыта. Нужно избегать советов типа «я бы на твоём месте...» или поучений вроде «терапевт должен быть теплым». Для супервизора важно следить за тем, чтобы среди участников группы поддерживался равный объем и уровень самораскрытия. Самораскрытие проходит легче, если ведущий группы поделится собственными слабостями, тревогами 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 недоразумений, и находить такие способы воздействия на уровень осознания, не мешающие основному фокусу группы, чтобы группа могла дополнительно учиться. Осознание динамики в ситуации здесь-и-сейчас – важная часть процесса обучения, но при этом необходимо проводить различие между группой супервизии и Тгруппами, группами встреч и терапевтическими группами (см. главу 10).

Структурирование группы

Групповой супервизор имеет множество вариантов структурирования супервизорской сессии. Избранный 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 наиболее 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 внимание. 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 внимание супервизора к тому, какие модели реагирования на представляемый материал он задает. Супервизору нужно смоделировать или объяснить, какими могут быть возможные ответы на материал, чтобы побудить супервизируемых использовать многомерный подход (см. главу 6). На рисунке 9.1 мы показываем четыре квадранта, каждый из которых представляет один из стилей групповой супервизии. Квадрант А: супервизор достаточно директивно ведет группу, концентрируя внимание главным образом на групповом процессе. Квадрант В: супервизор играет ведущую роль, но фокус находится на содержании представляемых случаев. Квадрант С: группа проявляет большую ответственность и играет более ведущую роль, сохраняется фокус на содержании случаев. Квадрант D: группа сама фокусируется на собственном процессе.

Хорошая групповая супервизия должна гибко охватывать все эти области, в зависимости от потребностей группы и стадии ее развития. Чаще всего супервизорские группы начинают с квадранта А (на стадии своего формирования и последующего заключения контракта), затем, начиная изучать задачу, переходят в квадрант В и потом, когда группа становится более зрелой и самостоятельной, постепенно встраивают в свою работу элементы квадрантов С и D. Хорошие супервизорские группы, однажды пройдя этот четырехступенчатый цикл, впоследствии избегают застревания в одном из квадрантов.

Групповой супервизор должен уметь управлять множеством одновременных процессов, поскольку супервизия в группе характеризуется большим числом контекстуальных колец. Основным навык, необходимый для обеспечения качественной супервизии, обозначен в центральном кольце – этот навык требуется для индивидуальной супервизии. Однако, чтобы полностью использовать богатые возможности 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 возвращаются. Контракт касается не только супервизора и членов группы: иногда групповая супервизия может проходить в контексте одной какой-то организации, а иногда участники группы направляются различными 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 удастся завоевать уважение, несмотря на самоотверженные усилия тех, кто уже работает над обеспечением организации супервизией. Когда мы начинали работу в этой области примерно 30 лет назад, существовали 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 организационных переменных не будет толку, если пытаться изменить организацию, отдел или команду, не осознающие 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 и вскрыть их собственные ощутимые силы и проблемы, неиспользованные способности и ресурсы, перемены в обстановке, 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 отсутствия 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 подразделении организации оказывают влияние на другие подразделения, в результате чего может возникнуть стороннее сопротивление, которое способно привести к диверсии и помешать переменам. Перед началом какой-либо программы перемен важно обозначить все заинтересованные партии (тех, на кого повлияет процесс изменений) и подумать о том, как можно было бы увлечь их за собой. Боб Геретт (Bob Garatt, 1987), работавший с глобальными организациями, предлагает задать три вопроса, чтобы убедиться 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 официальными линиями поведения, а твердыми фактами, которые установят размеры проблемы. • Кто заинтересован? 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, обязательствами 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! Быстрее всего изменения происходят, когда: • те, кто наверху, создают климат и обстановку, в которых остальные могут продвигаться и заставлять изменения происходить; • те, кто снизу, прекращают ворчать 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 положение вещей. Часто случается, что эффективнее начинать изменения не из центра или с верхушки, а поддерживать и строить их на основе творческой энергии тех, кто находится в середине организации. Выявление секции или отдела, желающего идти вперед и испытать новую практику или заставить старших пройти программы подготовки вне организации, частенько может возбудить интерес за их собственными 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 супервизии или же убедившись, что одна секция постоянно вовлекает другие в свой эксперимент и процесс исследования.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С СОПРОТИВЛЕНИЕМ ИЗМЕНЕНИЮ

Однако даже в той организации, где большая часть предварительных условий достигнута, изменения могут создать сопротивление. Разница заключается в том, что в такой организации успешная проработка сопротивления переменам имеет больше шансов. Сопротивление переменам и нежелание перестроиться на новое поведение подкрепляются несколькими факторами (Plant, 1987): • угроза базовым навыкам и компетенции; • угроза статусу; • угроза основанию власти; • непонятые выгоды; • низкое 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 область человеческих отношений закон, который гласит: «Каждая сила порождает равную себе и противоположающую силу». Он развил концепцию анализа силового поля: чем больше вы давите, чтобы произвести какиенибудь изменения, тем большее сопротивление порождаете. Это ясно видно на следующем примере, взятом из внутригрупповых переговоров: Группа А приводит три аргумента для поддержки 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. Группа 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 вместо 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 стороны вы выписываете все те силы, которые сопротивляются переменам. Затем, чтобы переместить статускво, 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

Страх быть оцененным

Паранойя относительно того, каковы мотивы лидера Предыдущий негативный опыт супервизии у некоторых членов команды Представление о том, что супервизия имеет дело с неудачами Большой расход времени автократическим, а общение – более ритуальным. В фазе признания люди и команды начинают признавать, что существуют вещи, нуждающиеся в изменении, увеличиваются и поддержка и конфронтация. Когда четвертая стадия, применение и перемены, достигнута, отношения становятся более взаимозависимыми, происходит большее общение между людьми и за пределами команды, появляется 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 вовлекаться в обдумывание и планирование перемен, чтобы они имели возможность реагировать, затем понимать 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 полагает, что такую четкую линию проведения супервизии можно установить, приняв во внимание следующие параметры:

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

- Минимальные требования к договорам супервизии для определения частоты сессий и повестки дня.
- 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 организациям в развитии собственной супервизии таким образом, чтобы были учтены реальность местных ресурсов и условий. Тогда организационную политику супервизии можно использовать в качестве основы для формальных соглашений между супервизором и супервизируемым. Образец контракта предложен 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 ответы 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 случае, если она приносит 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:

Покажем, супервизия будет иметь долговременный позитивный эффект, если весь организационный процесс внимательно спланирован и проконтролирован. Для этого необходимо включить предупреждение потенциальных личностного, культурного и организационного сопротивлений, которые, похоже, неожиданно сталкиваются и находят способы занять потребности позади оппозиции. Цикл из семи стадий развития практики и политики супервизии подходит для любого процесса организационных перемен и может информировать супервизию о любых сотрудниках, ответственных за начало процесса изменений.

- 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 организационный процесс внимательно спланирован и проконтролирован. Для этого необходимо включить предупреждение потенциальных личностного, культурного и организационного сопротивлений, которые, похоже, неожиданно сталкиваются и находят способы занять потребности позади оппозиции. Цикл из семи 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, объединившейся 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, работающими с одними и теми же клиентами (например, персонал службы психического здоровья психиатрической 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 спортом. 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), вместе тренируются, складывают полученные очки и морально поддерживают друг друга. Кейси (Casey, 1985) предупреждает об опасности убеждения, согласно которому вся работа должна совершаться командой, и предлагает модель, позволяющую принять решение, когда именно необходимо работать командой. Пейни и Скотт (Payne and Scott, 1982) разработали руководство по определению формы супервизии, подходящей для той или иной команды. Супервизия в команде, где каждый знает клиентов другого, имеет свои преимущества и недостатки, так как зачастую исследуется не столько клиент сам по себе, сколько его роль во внутриспсихической 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 своими предложениями по общению с мальчиком. Супервизор напряженно работал над тем, чтобы построить 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 пространство, когда он пояснил группе, что тот субъективный Роберт, с которым она борется, возможно, совсем не похож на Робертов, с которыми работают все остальные. Это действительно было так по двум причинам: во первых, Роберт был очень непоследовательным и вел себя совершенно поразному с каждым работником; во вторых, он вызывал у персонала разные чувства, в зависимости от их личности, истории 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 формированию тайного сговора и усилению раскола в группе и, следовательно, в отношениях с Робертом. Конечно, 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, бродившие до этого в команде, начали бы постепенно объединяться в нечто целостное. При организации командной супервизии встает вопрос об отборе в группу. Во первых, необходимо определить границы группы. Включаются ли в нее ассистирующий персонал, конторские служащие, учащиеся? Если это интерпрофессиональная команда, то вопросы включения и исключения стоят еще более остро. Во вторых, 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 необходимо 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 членов 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 внутриспсихическая жизнь. Некоторые авторы называют это «культурой команды» или «командной динамикой». 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 различных команд. Одна из них оказалась значительно более эффективной по сравнению с остальными четырьмя в поддержании хорошего морального настроя и низкого уровня стресса. Одним из ключевых

факторов такого успеха оказалась хорошая командная супервизия, проводимая лидером команды: «атмосферамолчаливого доверия связана с деятельностью лидера группы по оказанию поддержки. Объединяющие встречи с персоналом на профессиональные темы – к которым, судя по его отчетам и свидетельствам остальных, он подходил очень серьезно и внимательно – стали, скорее всего, важнейшим ингредиентом 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 супервизию, поскольку их непосредственные начальники либо не находят для этого времени, либо им не хватает навыков для проведения супервизии. Нас удивляет, что эти люди даже не рассматривают возможность 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 обнаружили, что подобные ситуации – не редкость в самых различных профессиях, и зачастую работников формально ведет супервизор из старшего персонала, не имеющий никакого или почти никакого клинического опыта. В этой ситуации Питер организовал серию эквивалентных супервизорским сессий. Впервые, он попросил своего более опытного в работе с клиентами коллегу провести для него супервизию. 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 приносило результат какое-то время, но по мере того как оба подключались к встречам с управляющим звеном организации, ответственность за трудности постепенно перекладывалась на эти управляющие структуры. Затем Питер предпринял попытку использовать ресурсы профессиональной ассоциации (в данном случае Ассоциации Терапевтических Сообществ – Association of Therapeutic Communities), чтобы создать 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 потребность в ней. Результатом этой попытки явилось создание группы, имеющей возможность фокусироваться 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 оказалось 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 потребностям 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 представляет собой одну из областей, в которой активно развиваются эквиваленты супервизии. Это происходит отчасти за счет деятельности профессиональных организаций, таких как Ассоциация практикующих гуманистических психологов (АНПП – Association of Humanistic Psychology Practitioners) и Совет по

психотерапии Объединенного Королевства (United Kingdom Council of Psychotherapy), которые проводят супервизию в течение всей профессиональной жизни специалиста, а не только в периоды его обучения. Эта традиция поддерживается тем, что членство в АНПП подтверждается каждые пять лет, и при переоформлении специалисту необходимо подтвердить, что в настоящее время он получает супервизию. 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 встречаются 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 американский консультант называет это дразнилками. Все эти высказывания можно свести к одному: «Мое Лучшее, Чем Твое»». Любой чувствует напряжение, когда знает, что другой победил или получил что-то 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 вариант – терапевт или консультант долго описывают своих клиентов как до краев наполненных ненавистью, порочных и манипулятивных существ, которые отчаянно сопротивляются всем действиям терапевта, производимым для них из наилучших побуждений. Эта игра может развиваться в игру под названием «Достань клиента». Мы все такие замечательные. Члены группы предпочитают не раскрывать свою тревогу по поводу критики или расточают другим неумеренные похвалы, чтобы заплатить за хорошее отношение. Это может стать скрытой формой шантажа и в конце концов приводит к тому, что группа оказывается неспособной принять новых членов или отпустить старых из-за страха, что все это станет явным. Джон Хирон (John Heron, 1975) называет это «тайным сговором». Кто лучший супервизор? Постоянная, но часто скрытая и неосознанная борьба за то, чтобы занять вакантное место группового супервизора. Это соперничество может проявляться в стремлении каждого члена группы делать самые умные и самые полезные комментарии и отмечать аргументы, ставящие под сомнение эффективность того или иного подхода. Часто эквивалентные супервизорским группы не в состоянии работать с собственной динамикой, и, к сожалению, всегда находятся члены группы, запускающие процессы, которые 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 неадекватных 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 супервизии, эквивалентной групповой:

- Установите основные правила: например, участники должны предоставлять друг другу честную, 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; возможно, 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 заданной схемы или расписания потребность поделиться новостями, посплетничать и пообщаться между собой вступает в противоречие с основной задачей группы. Некоторые группы специально отводят время 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, которые дает группа. Но есть и подводные камни. Ведущие супервизорских групп должны знать об их существовании и уметь управлять групповой динамикой, что обеспечивается специальной подготовкой в области ведения групп. Группы для супервизии, эквивалентной групповой, также должны уделять внимание 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 перспектив своей индивидуальной работы, но мы бы рекомендовали в случае индивидуального консультирования или психотерапии использовать групповую супервизию как дополнение, а не как замену индивидуальной супервизии. Исключением из этого является групповая или эквивалентная групповой супервизия, 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 переживания, поскольку негативная обратная связь оживляет воспоминания о детских нагонях, а позитивная обратная связь противоречит требованию «не зазнаваться». Обычно большинство людей получают обратную связь, когда поступают не так, как ожидается. Чувства, сопровождающие процесс обратной 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, которые 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 неправильно. 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 получает, 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 кто-то соберется уходить, чтобы сообщить ему, как следовало вести себя, чтобы лучше выполнять свою работу). 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 должен существовать все время. Конкретность: обобщенную обратную связь трудно услышать. Высказывания 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 конкретной.
- 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 (Freeman, 1985). Его заключения обобщает Хесс (Hess, 1987): Фриман предлагает ряд важных соображений 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 супервизии и в их соответствующем развитии. Один из возможных способов имеет в своей основе модель шести 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 практикой мы можем расширять свои возможности. Акцент делается на ожидаемом воздействии интервенции на клиента. Трудно сказать, какая из категорий наиболее значительна. Эти шесть категорий интервенций таковы:

- Предписывающая: обращение советом или директивное (например, «Вы должны составить отчет об этом», «Вы должны уважать своего отца»).
- Информативная: дидактичность, инструктирование, информирование (например, «Вы найдете такие отчеты в базе данных»);
- Конфронтующая: 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 что-то 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 заботе и интересе к клиенту или супервизируемому. Они совершенно бесполезны, когда используются неправильно или извращенно. «Неправильно» означает, что интервенция производится без необходимого навыка и в неподходящий момент. Причина такого использования часто кроется в недостатке осознания, в то время как извращенные интервенции производятся по сознательному злему умыслу. Мы широко используем эту модель, чтобы помочь молодым супервизорам лучше осознать их собственный стиль интервенции. Мы просим их оценить собственные интервенции и выяснить, какие категории являются доминирующими в их работе, а какие они избегают использовать. Затем мы объединяем обучающихся 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 редко используемых категорий интервенций. Кроме того, данное упражнение помогает начинающим супервизорам увидеть, как нужно изменить их супервизорский стиль интервенции по сравнению с их терапевтическим стилем. Недирективный консультант может обнаружить, что все его предыдущее обучение было направлено на использование каталитических интервенций и что как супервизор он должен уделять больше внимания информативным и конфронтующим 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 категориям. Другие применяли эту модель и рекомендовали ее своим супервизируемым 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.

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 воздействует на других. О. с. дает возможность участнику группы понять и оценить свою роль в типичных для него межличностных ситуациях и конфликтах и благодаря этому глубже понять собственные 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 качестве О. с. выступает любая информация, которую человек получает от реципиента своего поведения. О. с. может быть прямой или косвенной, немедленной или отсроченной, аппаратурной (фотографии, магнито- и видеозаписи и пр.) или личностной (вербальной и невербальной, оценочной или не содержащей оценки, эмоционально окрашенной и эмоционально нейтральной, описательной и содержащей интерпретацию, ролевой и идентификационной 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 интерпретации, однозначного ответа не находит. О. с. существует и в рамках индивидуальной психотерапии, однако здесь ее содержание весьма ограничено. 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 группы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реагировать. Таким образом, пациент видит себя в разных зеркалах, отражающих различные стороны его личности. Дифференцированная О. с. не только дает разноплановую информацию для совершенствования самопонимания, но и помогает пациенту научиться различать собственное поведение. 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 связью на обратную связь), так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты собственной 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 целостного 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 слепую 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 «размораживания», при котором участники группы готовы и могут отказаться от привычных, сложившихся способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточность и несовершенство. О. с. в группе более эффективна, если она не отсрочена, т. е. если предоставляется пациенту непосредственно в момент наблюдения его поведения, а не через некоторое время, когда ситуация перестает быть актуальной и значимой или когда уже вступили в действие психологические защитные механизмы. Эффективная О. с., по мнению ряда авторов, является в большей степени описательной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интерпретации, 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 формируются 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 теоретической ориентации.

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 супервизии и в их соответствующем развитии. Один из возможных способов имеет в своей основе модель шести 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 практикой мы можем расширять свои возможности. Акцент делается на ожидаемом воздействии интервенции на клиента. Трудно сказать, какая из категорий наиболее значительна. Эти шесть категорий интервенций таковы:

- Предписывающая: обращение советом или директивное (например, «Вы должны составить отчет об этом», «Вы должны уважать своего отца»).
- Информативная: дидактичность, инструктирование, информирование (например, «Вы найдете такие отчеты в базе данных»);
- Конфронтующая: 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 что-то 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 заботе и интересе к клиенту или супервизируемому. Они совершенно бесполезны, когда используются неправильно или извращенно. «Неправильно» означает, что интервенция производится без необходимого навыка и в неподходящий момент. Причина такого использования часто кроется в недостатке осознания, в то время как извращенные интервенции производятся по сознательному злему умыслу. Мы широко используем эту модель, чтобы помочь молодым супервизорам лучше осознать их собственный стиль интервенции. Мы просим их оценить собственные интервенции 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 супервизора, другой – роль супервизируемого, а третий отмечает, какие типы интервенций используются. Это дает возможность развить навыки в какой-нибудь из редко используемых категорий интервенций. Кроме того, данное упражнение помогает начинающим супервизорам увидеть, как нужно изменить их супервизорский стиль интервенции по сравнению с их терапевтическим стилем. Нондирективный консультант может обнаружить, что все его предыдущее обучение было направлено на использование каталитических интервенций и что как супервизор он должен уделять больше внимания информативным и конфронтующим 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 категориям. Другие применяли эту модель и рекомендовали ее своим супервизируемым 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 связью. С получением и предоставлением обратной связи сопряжены значительные трудности и тревожные переживания, поскольку негативная обратная связь оживляет воспоминания о детских нагонях, а позитивная обратная связь противоречит требованию «не зазнаваться». Обычно большинство людей получают обратную связь, когда поступают не так, как ожидается. Чувства, сопровождающие процесс обратной 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, которые 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, пытайтесь дать обратную связь по какому-либо поводу. Туманные высказывания с запинками и длительными паузами только усиливают тревогу и понимаются неправильно. 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 получает, 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 кто-то соберется уходить, чтобы сообщить ему, как следовало вести себя, чтобы лучше выполнять свою работу). 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 должен существовать все время. Конкретность: обобщенную обратную связь трудно услышать. Высказывания 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 конкретной.
- 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. Попробуйте 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) 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) обоудной (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

