

ДЕНИС ФЕДОРЯКА

**Супервизия в
психотерапевтической
практике**

2-Е ИЗДАНИЕ, ДОПОЛНЕННОЕ



Денис Федоряка
Супервизия
в психотерапевтической
практике. 2-е
издание, дополненное

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=22143341
ISBN 9785448346842

Аннотация

В пособии излагаются основные принципы, подходы и требования к супервизии в психотерапии. Структурированно рассматривается практическая реализация супервизии в модели современной личностно-ориентированной психотерапии.

Содержание

Благодарности коллегам	5
Введение	7
Базовая модель психотерапии	10
Супервизия: общие понятия	15
Цели и задачи супервизии в психотерапии	32
Конец ознакомительного фрагмента.	37

**Супервизия
в психотерапевтической
практике
2-е издание, дополненное**

Денис Федоряка

© Денис Федоряка, 2021

ISBN 978-5-4483-4684-2

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Благодарности коллегам

Автор хочет выразить искреннюю признательность тем коллегам, которые способствовали появлению этого краткого пособия: президенту Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), д. м. н., проф. Бабину Сергею Михайловичу за предоставленную возможность издания пособия, д. м. н. Назырову Равилю Каисовичу, под руководством которого совершенствовалась клиническая практика; президенту Санкт-Петербургского Балинтовского общества профессору, д. м. н. Винокуру Владимиру Александровичу; супервизору РПА, профессору, д. м. н. Кулакову Сергею Александровичу за супервизорскую поддержку, согласие рецензировать текст и предоставление методических материалов, исполнительному директору РПА Хетрик Светлане за организационную поддержку и развитие супервизионного направления деятельности в психотерапии.

Об авторе: врач-психотерапевт, сотрудник Института мозга человека им. Н. П. Бехтеревой РАН; супервизор Российской психотерапевтической ассоциации; аккредитованный супервизор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги; член Балинтовского общества; соавтор и научный редактор монографии и нескольких методических рекомендаций по психотерапии; руководитель ав-

торского обучающего курса по супервизии в психотерапии и психологическому консультированию.

Введение

Супервизия в той или иной форме является обязательной составляющей частью подготовки и повышения квалификации специалистов в области психотерапии. Варианты взаимодействия между людьми, которыми оперирует как личностно-ориентированная, так и симптоматическая терапия, настолько бесконечно разнообразны, что, несмотря на профессиональный и жизненный опыт, формальный статус психотерапевта, испытание сложностями неизбежно. Это могут быть сложности общего порядка, идущие от недостаточной информированности, опыта или эмоционального выгорания терапевта, или частного – такие, как вопросы контрпереноса, личных отношений с пациентом, слепых пятен, технических аспектов проводимой психотерапии.

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 их работы, формировать системные подходы к страте-

гии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы терапии 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 влияющим на благо клиента.

Предлагаемый нами вариант супервизии, относящийся к клинической специфичной модели, решает задачи как административные, связанные с необходимостью обучения, общей оценки компетентности, организации процесса терапии и консультирования, так и содержательные, предполагающие помощь в самом процессе психотерапии. Первый блок задач является универсальным, вне зависимости от методических предпочтений психотерапевтов или клинических показаний к той или иной психотерапии. Содержательные задачи предлагается решать, используя в качестве объединяющей базы отечественный личностно-ориентированный подход (и психологию отношений), отнесенный, как показали многочисленные исследования, к психодинамическому направлению психотерапии. В его развитии происходит посте-

пенное смещение основного фокуса терапии от процессов осознания внутриличностных конфликтов и причинно-следственных связей к процессам взаимоотношений и отношений участников психотерапии. При этом классические психодинамические задачи по-прежнему нуждаются в терапевтическом решении, но несколько иным способом. Соответственно, меняется и фокус содержательной части представляемой модели супервизии, что никак не мешает работе над административной частью.

В ходе супервизии конкретного клинического случая супервизор ориентируется на запрос супервизируемого. Ориентиром может являться представление о психотерапии отношений на основе теории отношений В. М. Мясищева как ведущей теории и практики психотерапии. Наличие ориентира не исключает возможности помощи супервизируемым относительно используемых методов и направлений психотерапии (при наличии соответствующих возможностей супервизора), поскольку теория отношений обладает мощным интегративным потенциалом.

Базовая модель психотерапии

Учитывая специфичность предлагаемой модели супервизии, необходимо дать краткое определение сути метода, на который мы опираемся в клинической работе.

Психотерапия отношений – это дальнейшая разработка и развитие патогенетической (лично-ориентированной) психотерапии, на базе теории отношений В. Н. Мясищева и отечественной философии. Основным лечебным фактором в такой психотерапии являются отношения психотерапевта и пациента во всех возможных аспектах. *Основная задача психотерапевта – вступить во взаимоотношения с пациентом и в них раскрыть собственное отношение к тем или иным аспектам жизни пациента внутри и вне психотерапевтического процесса.* Это побуждает пациента к ответному движению в сторону взаимоотношений с психотерапевтом и к собственному самораскрытию различных сторон отношения к действительности, что приводит к выздоровлению. Остальные задачи лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, описанные в литературе (например, поиск и осознание внутриличностных конфликтов, эмоциональный коррективный опыт), также реализуются в процессе терапии. Сохраняется и определенная этапность проводимой работы, характерная для оригинальной модели.

Отличием от других вариантов патогенетической психотерапии является активное использование сложившихся в терапии взаимоотношений между участниками, приводящих к излечению одного из них и личностному росту обоих. Важно, что такой подход вполне согласуется с психологической базой, а именно – с психологией отношений. Отношения в этом контексте рассматриваются шире, чем только внутриспсихическая жизнь человека. Это также и взаимоотношения с окружающим миром вообще. *Появление взаимоотношений между терапевтом и пациентом и фокусировка на них в ходе психотерапевтического процесса ведут к осознанию отношения пациента к действительности, а самое главное, к самому себе, что является высшим интегралом системы отношений и личности.*

По нашему мнению, это необходимо и потому, что страдание, психологические проблемы или патологические состояния в различных степенях обуславливаются потерей (или деформацией) отношения к самому себе. В отличие от психодинамического подхода, в психотерапевтической беседе речь идет не только об отношениях с психотерапевтом или значимыми лицами из окружения пациента, но и о конкретных отношениях, которые могут помочь и нужны пациенту, и о том, хочет ли (может ли себе позволить, считает ли нужным) использовать подобные отношения психотерапевт для помощи пациенту.

Пациент и специалист априори в нашей системе коорди-

нат имеют:

- а) тело (биология, биохимия, биофизика, психофизиология),
- б) систему отношений в психосоциальном контексте (личность и ее взаимоотношения с другими),
- в) ценностные ориентиры, исходящие из глубоко субъективной внутренней сущности человека и особенностей жизненной истории и определяющие содержание его системы отношений.

При этом пациент обращается за помощью вследствие страдания, проявленного симптомом, поведением, другими вариантами. Такова реализация биопсихосоциального подхода в медицине. Части биопсихосоциального подхода (данное разделение является условным, с учетом целостности человека) могут иметь определенное соотношение с клиническим состоянием и системой отношений личности. Отсюда логически вытекают необходимые лечебные мероприятия.

Причинно-следственная связь (нарушение психики из-за психологии и наоборот) не важна и относительна. Речь идет об удельном весе биопсихосоциальных факторов в настоящий момент и о вытекающих из этого мероприятиях.

**Таблица 1. Клинический подход и система отношений
в биопсихосоциальном единстве**

Пациент	Общее описание содержания страдания (теории расстройства)		Общее описание практического содержания лечения
Клинически здоров	Соответствует наличию психологической проблемы (тело в порядке, система отношений под угрозой нарушения, появляется нормальная тревога)		Психологическое консультирование любых направлений и методов, глубинная психотерапия личностного роста, в зависимости от заключенного психотерапевтического контракта
Клинически болен	Вариант 1	Соответствует невротическому регистру. Система отношений нарушена в зоне особо значимых, что обуславливает клиническую симптоматику, психосоциальные факторы имеют наибольший удельный вес, био – наименьший	Психотерапия является обоснованно обязательным и основным методом лечения, ведущим направлением – психодинамически ориентированные подходы: ЛО(Р)ПТ, краткосрочные психодинамические, межличностные групповые и семейные формы. Курсы среднесрочные (от 2 месяцев до 2 лет при ритме 1–2 раза в неделю)
	Вариант 2	Соответствует психопатическому регистру (+ невротические развития, зависимости, пищевые расстройства). Система отношений дефицитарна, нарушена и в зоне особо значимых отношений, и в зоне дистантных	Психотерапия может сочетаться с биологическими методами лечения по необходимости. Ведущие направления и подходы – ЛО(Р)ПТ, экзистенциально-гуманистические с отношенческими базами, когнитивные подходы, семейные формы, постепенный ввод в групповую межличностную работу. Курсы длительные (от 2 до 5 лет при ритме 1–2 раза в неделю)
	Вариант 3	Соответствует психотическому регистру. Система отношений практически разрушена вследствие психического состояния	Биологические методы лечения (фармакотерапия) являются основными, психотерапевтические методы – вспомогательными. Ведущие подходы – нео-бихевиоральные, поведенческие, суппортивные групповые, создание «временных ниш» с переходом к семейным формам и поддержке внутри семьи

При жесткой ориентации только на клинический подход, к сожалению, теряется изначальный смысл медицины, кото-

рый всегда находился в гуманистической области. На первое место выходит нацеленность на достижение медицинских показателей, и психотерапия попадает в известную ловушку, теряя свою специфичность как особое взаимодействие между людьми. Она становится просто средством достижения целей подобно любой медицинской манипуляции или фармакологическому средству.

Супервизия: общие понятия

СУПЕРВИЗИЯ: Один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии; форма профессионального консультирования психотерапевта в ходе проведения психотерапевтического случая более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически 1) видеть, 2) осознавать и понимать и 3) анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

СУПЕРВИЗИЯ КАК ЛЕЧЕНИЕ

В ряде источников супервизия определяется как форма терапии или, по крайней мере, как терапевтический процесс. Например, *Abroms* (1977) рассматривает супервизию и терапию как отдельные, но параллельные процессы. Различие состоит в том, что супервизия – это «лечение лечения» (а не врача). *Abroms* считает, что, хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут и должны решаться терапевтические проблемы. 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.

Lain (1990) определял супервизию как «терапевтический процесс, сосредоточенный на внутри- и межличностной динамике консультируемого и его отношениях с клиентами, коллегами, супервизорами и другими значимыми людьми». Супервизия служит личностному и профессиональному росту, исследует перенос и контрперенос, защиты, аналитический процесс и использует себя (в качестве эмоциональной силы) в ходе лечения. Согласно этому определению, супервизируемый больше похож на пациента, нежели на студента. Супервизия использует трансферентные отношения как основной двигатель профессионального роста стажера.

Супервизор – участник супервизорского процесса, а не посторонний наблюдатель. Так же, как фокус психотерапевта смещается от пациента к диаде пациент—терапевт, 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 фраг-

мент занятия, зависящий и от его «бессознательного». Супервизия подобна терапии не потому, что супервизор проводит терапию, а потому, что терапевт проводит супервизию. Другой понятный пример: личность, навыки и стиль терапевта переносятся на роль супервизора. Хотя супервизируемый не рассматривается как пациент, супервизор продолжает смотреть глазами терапевта – человека чувствительного к переживаниям, восприимчивого к интрапсихическим проблемам и межличностной динамике и тренированного в определенной модели терапии. Все, что делает терапевт, в большей или меньшей степени напоминает терапию, тогда как супервизия, проводимая, скажем, экспертом в бизнес-менеджменте, сильно отличается от клинической супервизии.

Супервизор должен действовать в значительной степени как консультант, ориентированный на супервизируемого как на личность. Цель супервизора – способствовать росту супервизируемого в роли терапевта. В частности, супервизор в процессе консультирования и сеансов супервизии исследует чувства супервизируемого (включая чувства по поводу конкретных вмешательств), предоставляя для супервизируемого возможности поработать с аффектами и/или защитами последнего. Супервизор облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития.

Как правило, центральной точкой супервизии должен

быть клинический материал. Однако, если у психотерапевта обнаруживается личностная проблема, мешающая клиническому процессу, супервизор должен видеть, что тот хочет поддержки для выхода из тупика. Проблема границы здесь в том, где, когда и как следует провести консультирование (психотерапию). Однако, как в общем руководстве, применимом к большинству клинических супервизорских ситуаций (особенно к тем, где супервизор является начальником специалиста), можно с уверенностью сказать, что клинический супервизор не обязан проводить личностное консультирование супервизируемых. Тем не менее адекватной будет адресация к программе помощи работникам или к внешнему терапевту. Такая адресация необходима во избежание двойственности отношений (интерролевого конфликта), что компрометирует супервизорские отношения. В особенности терапевтические отношения, которым в целом присуща некоторая доля зависимости, должны быть вне 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 консуль-

тирования». 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. Некоторые школы отрицают намерения «клониро-

вать» 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 кото-

рых проходящие подготовку терапевты вырабатывали заданное поведение у инструкторованных 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 мол-

чаливую 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 предпосыл-

кой 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.

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ

Систематический метод, в котором проводится супервизия, называется «моделью». Модели супервизии отражают концептуальную и методологическую базу супервизора, его подходы к практике психотерапии в русле избранного им направления или школы. Чаще всего имеют место: (1) эволю-

ционные модели, (2) модели специфичной ориентации и (3) интегративные модели.

Эволюционные модели

В основе эволюционных моделей супервизии лежит представление о том, что все мы продолжаем расти: растут наши желания, начинания и усилия, меняются паттерны поведения. Сочетая наш опыт и наследственные склонности, мы развиваем в себе сильные стороны и ищем новые сферы для роста. Задачей является выявление и максимальное усиление прогресса, необходимого в будущем. *Ворсингтон* (1987) провел обзор эволюционных моделей супервизии и выявил общие закономерности. Исследования показали, что с ростом опыта супервизируемого менялись поведение супервизора и их взаимоотношения. Так появилась научная основа эволюционных тенденций и паттернов в супервизии. В литературе подчеркивается значение восьми зон развития для каждого супервизируемого: вмешательство, компетентность в навыках, приемы и методы оценки, межличностные характеристики, концептуализация происхождения проблем клиента, индивидуальные различия, теоретическая ориентация, цели и план лечения, профессиональная этика. Помощь супервизируемым в осознании их сильных сторон и зон развития делает нас ответственными за их дальнейшее развитие и как практикующих специалистов, и как супервизоров.

Модели специфичной ориентации

Психотерапевты, принявшие на вооружение определенный вид терапии (например, психоаналитический, проблемно-ориентированный, поведенческий), 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.

Так, например, супервизия в позитивной психотерапии предполагает прохождение пяти последовательных этапов (Кириллов И. О., 2002):

1. Наблюдение: психотерапевт рассказывает о случае психотерапии, получает поддержку и возможность за счет обратной связи увидеть ситуацию со стороны.

2. Инвентаризация: определяется дисбаланс развития актуальных способностей, выясняется базовый конфликт – источник сопутствующего аффекта (дифференциальный анализ). При необходимости дифференциальному анализу подвергается и проблема пациента.

3. Ситуативное поощрение: поощрение проявленных ка-

чество закрепляет у супервизируемого уверенность в его способности справиться с ситуацией с помощью нового взгляда, осознанного использования актуальных способностей и альтернативного опыта поведения в подобных ситуациях, предоставленного в обратной связи супервизором и участниками группы.

4. Вербализация: супервизор и группа формулируют содержание актуального базового и внутреннего конфликтов. Психотерапевт исследует содержание и источник контрпереноса и защитных реакций, помешавших успешному применению теории на практике, рассматривая их как основание для новых терапевтических гипотез и расширения клинической тактики.

5. Расширение целей: на этой стадии расширяется представление супервизируемого о спектре альтернативных рабочих гипотез, возможных стратегиях и техниках терапии, поддерживается решимость психотерапевта продолжить работу, намечаются ближайшие действия.

Динамика изменений внутри описанной схемы осуществляется за счет развития переноса у супервизируемого, что является неотъемлемой частью ожидаемого развития процесса супервизии. Таким образом, отношение супервизора к супервизируемому становится «активной моделью» взаимодействия, которую психотерапевт позже строит с пациентом, чтобы помочь ему установить более аутентичные и эффективные отношения с самим собой и окружающим миром.

Системные терапевты считают, что супервизия должна быть основана на терапии и согласована теоретически. Отсюда следует, что, если консультирование структурно, супервизия должна проводить четкие границы между супервизором и терапевтом. Супервизорам-стратегам сначала следует манипулировать супервизируемыми с целью изменения их поведения, а затем, как только оно изменилось, начинать дискуссию, нацеленную на внутренний прогресс супервизируемого. *Bernard и Gudear (1992)* обобщили преимущества и недостатки моделей супервизии, базирующихся на психотерапии. Если супервизируемый и супервизор имеют сходную ориентацию, изменение по ходу обучения максимально, а теория в большей степени интегрирована в тренинг. Если их ориентации противоречивы, может преобладать конфликт или обсуждение второстепенных вопросов.

Для экзистенциальной супервизии особенно значимым является способ совместного бытия участников супервизии. С самого начала процесса супервизии он проявляется в способности супервизора «войти» в феноменологическое пространство рассказа терапевта. Как отмечает *J.Pett (1995)*, это зависит от умения супервизора слушать. Слушание с экзистенциальной точки как в терапии, так и в супервизии должно подчиняться основным правилам феноменологического исследования.

Более точно увидеть происходящее в терапии глазами супервизируемого терапевта помогает правило *epoché* (с

греческого – «свернуть свои убеждения»). Оно предполагает свертывание супервизором, насколько это возможно, собственных ожиданий, предположений, предубеждений по отношению к рассказываемому терапевтом материалу. Вряд ли реально полностью исключить влияние «пропускных фильтров» слушателя, но в данном случае важна сама ориентация супервизора на своевременную рефлексию собственной привязанности к своим концепциям, гипотезам, предположениям относительно рассказа терапевта. С правилом *erosche* тесно связано правило описания, обязывающее воздержаться в процессе слушания от желания объяснить происходящее в терапии путем поспешных, редуцированных интерпретаций. Ведь в экзистенциальной супервизии, как и в терапии, важно не столько как можно скорее дать исчерпывающее объяснение происходящему, сколько понять происходящее в терапии и супервизии путем расширения смысла терапевтических феноменов в контексте их проявления, а также путем расширения самого контекста. Поэтому прежде всего важно услышать, что есть, а не спешить дать объяснение тому, что слышим. Еще одно правило – правило горизонтализации (выравнивания) – говорит супервизору о необходимости воздержаться в начальной стадии супервизии от иерархизации, «разложения по полочкам» клинического материала, сообщаемого супервизируемым терапевтом. Все факты, касающиеся терапевтического процесса, изначально должны рассматриваться как по-

тенциально одинаково значимые, заслуживающие внимания участников супервизии. Это помогает избежать недостаточно обоснованной концентрации усилий участников супервизии в начале работы на тех или иных аспектах работы терапевта, которая могла бы исказить реальную картину происходящего в терапии, тем более, что предпосылки для искажений создаются уже селективным отношением супервизируемого терапевта к терапевтическому материалу.

Следование правилам феноменологического исследования в супервизии не только смещает ее фокус от поспешной помощи супервизируемому терапевту к тщательному пониманию происходящего в «терапевтической» и «супервизорской» системах, но и становится основой коллегиальных, партнерских отношений в супервизорском процессе. Эти отношения обладают исключительной значимостью в экзистенциальной супервизии. Именно через призму супервизорских отношений можно лучше понять, как терапевт строит отношения с клиентом в «терапевтической системе», каким он в ней является и как его «способ быть с другими» отражается на успешности терапевтической работы.

Для понимания происходящего в супервизорских отношениях, а через них и в представляемой для супервизии терапевтической работе, очень важным является доверие супервизора к своим чувствам «здесь и сейчас», к спонтанным образам, возникающим на фоне происходящего на супервизии. Внимание к этому специфическому элементу «су-

первизорской системы» предоставляет для супервизора хотя и не очень четкие, но очень значимые дополнительные сведения о характере его взаимодействия с супервизируемым терапевтом, о паттернах поведения терапевта и их влиянии на супервизора и, возможно, также на клиентов терапевта.

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

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.

Опросы, проведенные среди российских психотерапевтов, показали, что предпочтительнее сосуществование интегративной и специфической моделей. Интегративная модель реализуется в таком случае через вариант групповой супервизии с целью расширения концепций, стратегического и тактического арсенала, обнаружения «слепых пятен» и ошибок контакта с пациентом, распознавания и отреагирования эмоций («вентиляция чувств»).

Цели и задачи супервизии в психотерапии

Приведенное ниже определение супервизии охватывает те ее аспекты, на которые ориентируется предлагаемая клиническая специфическая модель. При этом специфичность определяется методом, исходящим из отечественной школы психотерапии (личностно-ориентированная психотерапия), но обладает также широким интегративным потенциалом за счет особенностей теоретической базы метода. Клинической модель названа за счет преимущественного использования метода в работе с пациентами, страдающими невротическими расстройствами, что не исключает возможности работы со здоровой (не имеющей симптоматики) личностью.

Супервизия – организованный, обучающий процесс, имеющий административные (организационные) и содержательные (клинические) задачи, в котором принципы трансформируются в практические навыки.

Давайте проанализируем 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 «пошел 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». Тот, кто так отвечает, скорее всего, проводит неструктурированную, неорганизованную супервизию. Наоборот, эффективная клиническая супервизия упорядочена. Консультанты 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, в который входят знания консультанта о действиях в особых клинических ситуациях.

Наконец, *принципы* трансформируются в *практику*. Большинство психотерапевтов и консультантов имеют превосходные начальные навыки. Они демонстрируют эмпатию, искренность, конкретность и силу. Однако начинающие консультанты теряются при необходимости определить, что и зачем они сделали. У них минимальны способности к концептуализации планов лечения и к обоснованию конкретных клинических вмешательств.

Эти специалисты нуждаются в концепциях или принципах, к которым они смогут привязать свои практические навыки. Они должны научиться выдвигать гипотезы и проверять их. Это важно, чтобы обучение проходило как у взрослых, а не как у школьников. Они пытаются провести вмешательство, которое либо работает, либо не работает. Затем они возвращаются назад и задаются вопросом: «Почему этот прием „сработал“? Что было правильно?» или «Почему это „не прошло“? Что было не так?» Здесь супервизор заставляет задуматься о концепции, теории, принципе (законе) вмешательства, что дает консультанту новую перспективу в этой ситуации. Консультант проверяет принцип, и в следующий раз он работает. С опытом это переходит в навык.

Таким образом, основная функция супервизора – помочь трансформировать практику в принципы и принципы в практику. Этот «упорядоченный, обучающий процесс» включает в себя преподавание, наставничество, моделирование и научение. В итоге клиническая супервизия представляет собой интенсивные, оценочные, продолжительные и требовательные отношения двух или более человек, поощряющие и чувствительность, и независимость. Это – рабочий альянс, нацеленный на овладение в совершенстве специфическими навыками, расширение представлений о благо клиента, осознание собственного вклада в процесс консультирования и воплощение теории в практику.

Общими целями супервизии являются повышение каче-

ства проведения психотерапии, а также подготовка профессионалов в области психотерапии.

Задачи супервизии представленной модели делятся на две группы: «внешние» (административные, обусловленные необходимостью включения психотерапии и сопровождающей ее супервизии в контекст медицинского или иного учреждения) и «внутренние» (содержательные, необходимые для непосредственно осуществления качественной психотерапии).

Административные (организационные) задачи:

- управление институтом супервизии в организации;
- оценка общей компетентности психотерапевтов и супервизоров;
- обучение будущих супервизоров и их аттестация;
- контроль этических норм в психотерапии.

Содержательные (клинические) задачи:

- коррекция психотерапевтического контакта;
- ревизия психотерапевтического контракта;
- помощь в формулировании психотерапевтической гипотезы;
- помощь в техническом выполнении психотерапевтических навыков (общих – конфронтация и эмоциональная поддержка, или специальных – поведенческие задания и др.);
- помощь в различении процесса и содержания психотерапевтического взаимодействия;
- наблюдение за соответствием тактики психотерапии

и применяемых технических средств ее реализации, этапности психотерапии;

- концептуализация процесса и содержания психотерапии во время встречи (в данном случае). Результатом является появление целостного понимания сути возникшей сложности, особенностей пациента и его страдания, проводимой психотерапии у супервизируемого;

- профилактика эмоционального сгорания за счет поддержки и разделения ответственности за психотерапевтический случай. Результатом является изменение эмоционального фона супервизируемого по окончании супервизионной сессии (чаще с тревожного на радостный);

- обучение супервизируемого выполнению конкретных психотерапевтических действий на примере представленного случая. Результатом является появление навыка и его использование в психотерапевтическом процессе у супервизируемого.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.