

Краткие сообщения

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СУПЕРВИЗИИ

С.А. Кулаков (Москва)

Супервизия становится неотъемлемой частью подготовки психотерапевтов.

Остановимся на некоторых определениях, позволяющих оценить место этого «особого вмешательства» в психотерапии.

Психотерапия – межличностные отношения, призванные способствовать позитивным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах пациента.

Клиническая супервизия – интерперсональный контакт между опытным психотерапевтом (супервизором) и супервизируемым, нацеленный на изучение процесса психотерапии

Супервизия – терапевтический процесс, сосредоточенный на внутри- и межличностной динамике консультируемого и его отношениях с клиентами, коллегами, супервизорами и другими значимыми людьми.

Супервизия – диалог, встреча двух аутентичных людей, скорее эксперимент, чем интерпретация, их отношения носят скорее горизонтальный, чем иерархический характер. Оба, и терапевт, и супервизор, являются экспертами в своем личном опыте. Иногда случается даже так, что терапевт оказывается более опытным профессионалом, чем супервизор.

Супервизия служит личностному и профессиональному росту, исследует перенос и контрперенос, защиты, аналитический процесс и использует себя (в качестве эмоциональной силы) в ходе лечения. Супервизия использует трансферентные отношения как основной двигатель профессионального роста стажера. Супервизор облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития.

Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. Психотерапия даёт возможность пациенту высказать свои переживания на приёме у специалиста, супервизия позволяет психотерапевту (супервизируемому) представить на супервизию выборочный материал психотерапии.

Супервизия является способом продвижения терапевта по пути осознания скрытых паттернов поведения. Супервизор должен действовать в значительной степени как консультант, ориентированный на супервизируемого как на личность.

Цель супервизора – способствовать росту супервизируемого в роли консультанта. 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. Те возможные проблемы, которые могут помешать открытому сотрудничеству, должны быть обязательно обсуждены.

Перечислим приемы и задачи супервизора:

– акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом;

– идентификация с пациентом;

– «слушает ушами пациента» то, что говорит ему психотерапевт;

– вникает в нюансы ответов пациента;

– мысленно выдвигает гипотезы о том, почему у пациента возник такой отклик на вмешательство психотерапевта;

– наблюдает субъективные реакции, настроение, фантазии, ассоциации, невербальное поведение, интуитивные представления;

– принимает во внимание «параллельный процесс»;

– выдвигает гипотезы, конструирует метафоры о том, что произошло с пациентом;

– рассказывает о собственном опыте контакта с подобными пациентами;

– адресует к литературным источникам, где описано, как поступать в конкретном случае;

– исследует реалии контрпереноса;

– подтверждает или отвергает гипотезы психотерапевта;

– проигрывает роль психотерапевта и супервизируемого пациента;

– следует принципу «пациент – лучший супервизор»;

– оценивает потребности супервизируемого в развитии;

– помогает супервизируемому в обучении;

– создает безопасную обстановку сессинга в супервизии.

В настоящее время в большинстве стран используется шестифокусная модель супервизии, в которой фокус психотерапевта смещается от пациента к диаде пациент – терапевт, затем в супервизию включается триада пациент – супервизируемый – супервизор.

Акцент в супервизии может быть сделан в зависимости от опытности и актуальных потребностей терапевта. Новичок может нуждаться в существенной под-

держке, одобрении и обучении; несколько более опытному терапевту нужны помощь в организации процесса и прояснение психотерапевтической реальности; продвинутый терапевт нуждается в помощи по интеграции своих профессиональных умений и теоретических концепций.

Так, например, для психотерапевтов, не имеющих фундаментальной подготовки по психодинамической психотерапии, наиболее сложной представляется работа с пациентами, имеющими пограничную личностную организацию и нарциссическое расстройство личности.

Важный аспект супервизии – анализ качества терапевтических отношений (являются они иерархическими или горизонтальными). При горизонтальных взаимоотношениях ни один из партнеров не является экспертом при рассмотрении чужого опыта. Терапевт – эксперт в психологических теориях, процессах и интервенциях, в то время как клиент – эксперт в рамках своего персонального опыта; они эквивалентны друг другу как эксперты, а их отношения горизонтальны.

Здесь следует задать важный вопрос: как переносы могут повлиять на терапевтические отношения? Некоторые клиенты проигрывают свою интерперсональную драму строго определенным образом, заставляя терапевта принять роль, которую они предписывают, и испытывают боль и злость, когда терапевт фрустрирует их ожидания. Но и у самого терапевта в ответ на формирование у клиента переноса создается свой ответ. Если терапевт осознает то, что становится для него фигурой в богатстве возможностей межличностного поля, а также предписанную ему роль, он также может понять характерные особенности такого взаимодействия. По отношению к клиенту с проблемой самооценки и своего статуса у терапевта возникает чувство страха при предписании правил, обычных для других клиентов (например, уведомление об отмене сессий). Или фигурой становится проблема собственного комплекса неполноценности (грандиозности), зависти к жизни клиента. В супервизии маркерами такого уникального контрпереноса являются фразы «интересный клиент», «его отношения с другими носят драматический характер».

Такой клиент заполняет вакуум в скучной жизни самого терапевта, и его потеря воспроизводит сходные чувства у бабки из деревни в случае окончания бразильского сериала.

Эротические переносы становятся одной из распространенных трудностей в работе психотерапевтов экзистенциально-гуманистической направленности, нередко приводящих к прерыванию терапии самим психотерапевтом. По данным А.И. Куликова, чаще других из-за сексуальных чувств к психотерапевту прерывали терапию пациенты в ГТ (22,5%), реже других – пациенты в ПАТ (3,3%), которые чаще обсуждают с психотерапевтом сексуальные переживания, – 65,4% (27,5% в ГТ): «Я не хочу быть совершенной, но должна...»

Нередко терапевт воспроизводит свой уникальный контрперенос, проигрывая семейные сценарии и сохраняя лояльность в своей семейной системе. Споры о теории систем и теории поля закончились нахождением компромиссов, ибо изменение в одном элементе (подсистеме) сказывается на другом. Будучи осознанными, эти особенности устройства межличностного поля позволяют терапевту ясно идентифицировать основные клиентские проблемы, предсказывая, как они будут реагировать на интервенции, и понимать, как именно «стеореотипно» они подходят к своей жизни.

Важность неосознаваемого процесса у супервизируемого и супервизора была описана 50 лет назад в литературе по социальной работе. В 1955 г. Сирлз внедрил концепцию «отражающего процесса», который вскоре стал известен как «параллельный процесс». Под ним подразумевались отношения в супервизии, которые повторяли поведение или интеракцию в терапии, подчёркивая взаимосвязь терапевтической и супервизорской ситуации.

Параллельный процесс может начаться с конфликта в любой из трёх частей (супервизор, терапевт или пациент) и в терапии, и в супервизии.

Лечит ли супервизор?

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.

Супервизия не является «чистой» терапией, т.е. не означает, что в обязательном порядке необходимо обсуждать и прорабатывать проблемы терапевта, но установление партнёрских отношений между супервизором и супервизируемым, эмпатическое выслушивание коллег имеют и терапевтический аспект.

Супервизия подобна терапии не потому, что супервизор проводит терапию, а потому, что терапевт проводит супервизию. Другой понятный феномен: 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 определённой модели терапии. Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. Однако если консультант обнаруживает личностную проблему, мешающую клиническому процессу, супервизор должен видеть, что терапевт хочет поддержки для выхода из тупика. Проблема границы здесь в том, где, когда и как следует провести консультирование.

Тесно переплетающиеся друг с другом терапевтические и образовательные цели супервизии только усиливают эту проблему. Иногда крайне необходимо для супервизора и терапевта совместно исследовать причину аф-

фективного ответа терапевта клиенту и определить психологические причины, которые вмешиваются в продуктивную терапевтическую работу. Следовательно, для супервизируемого является ценной возможностью осознать, определить, научиться в ходе супервизии устранять обусловленные личностными особенностями (трансферентные и не соответствующие контексту) ответы, нарушающие терапевтический процесс. Выявленные личностные препятствия и проблемы терапевта являются уже предметом личной его терапии, но не супервизии.

Общее правило большинства клинических супервизорских ситуаций (особенно если супервизор является начальником консультанта): клинический супервизор не обязан и обычно не должен проводить личностное кон-

сультирование супервизируемых. Тем не менее адекватной будет адресация к внешнему терапевту.

Такая адресация необходима во избежание двойственности отношений (интерролевого конфликта), компрометирующих супервизорские отношения, особенно терапевтические отношения, которым в целом присуща некоторая доля зависимости. По этой причине они должны быть вне супервизии. Атмосфера супервизии должна быть надёжным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста.

В перспективе важно, чтобы супервизия стала обязательным компонентом сертификации психотерапевтов.

Литература

1. Джейкоб Д., Дэвид П., Мейер Д.Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа / Пер. с англ. Ю.М. Донца, В.В. Зеленского. СПб., 1997.
2. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб., 2004.
3. Кан М. Между психотерапевтом и пациентом: новые взаимоотношения / Пер. с англ.; Под ред. В.В. Зеленского, М.В. Ромашкевича. СПб., 1997.
4. Кейсмент П. Обучаясь у пациента / Пер. с англ. Воронеж: Модэк, 1995.
5. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2000.
6. Кириллов И.О. Супервизия в позитивной психотерапии: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
7. Куликов А.И. Изучение сексуальных чувств пациентов и психотерапевтов в процессе психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004.
8. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: Учеб. пособие. СПб.: Вита, 2004.
9. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Класс, 1998.
11. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб., 2003. С. 58–60.
12. Уильямс Э. Вы – супервизор... Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Пер. с англ. Т.С. Дробкиной. М.: Класс, 2001.
13. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002.