

**Федерация Психологов-Консультантов России  
Институт консультативной психологии и консалтинга  
(ФПК-ИНСТИТУТ)**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
АЛЬМАНАХ  
«СУПЕРВИЗИЯ В РОССИИ»**

(Supervision in Russia)

**Том 3**

**Материалы онлайн-форума «СУПЕРВИЗИЯ В РОССИИ:  
интегративные тенденции, метаметодический подход,  
ресурсы для профессионала»  
14-15 декабря 2024 г.**

Москва - 2024

УДК 159.9

ББК 88

## **Супервизия в России**

Научно-практический альманах основан в 2022 году.

Основатель альманаха – *Национальная Ассоциация Супервизоров (НАС)*.

### ***Редакционная коллегия:***

Главный редактор – **Виктор Юрьевич Меновщиков** – кандидат психологических наук, доцент. Председатель Правления Национальной Ассоциации Супервизоров, ректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института), президент Федерации Психологов-Консультантов России, супервизор и интернет-консультант Московской службы психологической помощи населению. Член Международного Общества Психического Здоровья Онлайн (ISMHO, США). Член Совета Общества человекоцентрированного подхода. Действительный член Академии социального образования.

Москва, Россия

Заместитель главного редактора – **Наталья Александровна Панфилова-Дарчиева**, исполнительный директор Национальной Ассоциации Супервизоров (Россия); проректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института); руководитель Московского Клуба Супервизоров; психолог-консультант и семейный психотерапевт, супервизор-практик.

Москва, Россия

Выпускающий редактор – **Любовь Михайловна Кутузова**, педагог-психолог сектора психологического сопровождения отдела по внеучебной и социальной работе, ФГБОУ ВО МГППУ, выпускающий редактор журнала «Психологическое консультирование Онлайн».

Москва, Россия

### ***Редакционный совет:***

**Винокур Владимир Александрович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, президент Балинтовской ассоциации (Россия), член консультативного совета Международной балинтовской федерации, член редакционной коллегии «Balint – Journal (Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft)» (Германия), сертифицированный ведущий и супервизор балинтовских групп. Работал в качестве эксперта по балинтовским группам в программе Европейского Совета TACIS «Охрана здоровья на рабочих местах»; аккредитован Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой в качестве супервизора балинтовских групп; автор книг «Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы» (СПб, 2015, 2019) и «Балинтовская групповая супервизия в помогающих профессиях» (М., 2023).

Санкт-Петербург, Россия

**Жуков Александр Сергеевич** – психолог, действительный член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, супервизор, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, Вице-президент и Доцент АОРС КИП, Председатель Этического комитета СРО «Союз психологов и психотерапевтов».

Новосибирск, Россия

**Иванова Зоя** – кандидат экономических наук, супервизор коучей, коуч руководителей, мастер-коуч АРК, бизнес-тренер, консультант. Преподаватель магистерской программы НИУ ВШЭ «Психоаналитическое бизнес-консультирование». Соавтор (вместе с Марком Сандомирским) обучающей программы по психосоматическому коучингу. Участник и докладчик международных коллоквиумов по executive coaching (Берлин). Член правления Ассоциации русскоязычных коучей АРК. Руководитель Лаборатории решений АРК.

Москва, Россия

**Королихин Андрей** – супервизор коучей, супервизор супервизоров, автор курса «Супервизор коучей» и обучающих программ по коучингу, коуч руководителей, преподаватель. Учредитель и председатель правления Ассоциации русскоязычных коучей АРК.

Москва, Россия

**Кузовкин Виктор Владимирович** – кандидат психологических наук, доцент; начальник отдела информации Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований»; директор некоммерческого партнерства «Научно-практический центр «ТРИАДА»; действительный член и официальный преподаватель международного уровня, руководитель Комитета образования Центрального совета и руководитель модальности «Клиентоцентрированная психотерапия» Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ); аккредитированный специалист СРО «Союз психотерапевтов и психологов» и супервизор в модальности клиентоцентрированная психотерапия ОППЛ.

Москва, Россия

**Лях Игорь Вячеславович** – врач-психотерапевт, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, сертифицированный супервизор, председатель экспертного комитета Ассоциации супервизоров и консультантов (ASC), член ЕКПП, действительный член и супервизор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), член Центрального совета и руководитель НРО ОППЛ.

Новосибирск, Россия

**Манухина Наталья Михайловна** – кандидат психологических наук, медицинский психолог, индивидуальный и семейный консультант, профессиональный коуч (ECI), супервизор, преподаватель психологии. Наталья Манухина является членом Общества семейных консультантов и психотерапевтов, Профессиональной психотерапевтической лиги (ППЛ), Международной ассоциации по семейной терапии (IFTA), Европейской психотерапевтической ассоциации (ЕРА). Руководитель Центра открытия новых возможностей (ЦОНВ) «Потенциал».

Москва, Россия

**Назыров Равиль Каисович** – доктор медицинских наук, заместитель руководителя Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России; заместитель председателя проблемной комиссии «Психотерапия и медицинская психология» Межведомственного научного совета по вопросам возрастного развития, коррекции и реабилитации (РАО, РАМН, Минздрав РФ, Минобрнауки РФ); президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА); входит в Правление Российского Общества Психиатров; основатель Института Клинического Гипноза; ректор Института Психотерапии и медицинской психологии РПА им.Б.Д.Карвасарского.

Санкт-Петербург, Россия

**Сидорова Варвара Владимировна** – кандидат психологических наук, REAT, Руководитель программ повышения квалификации «Интермодальная терапия экспрессивными искусствами» факультета Клинической и Консультативной психологии при МГППУ и при Институте консультативной психологии и консалтинга «ФПК Онлайн», руководитель Центра Терапии Искусствами «АртДОм», основатель и президент Ассоциации Интермодальной Терапии Экспрессивными Искусствами.

Москва, Россия

Альманах издается Институтом консультативной психологии и консалтинга (ФПК Онлайн-Институтом). Публикует оригинальные научные и практические (прикладные) статьи в области супервизии и работы известных супервизоров, уже ставшие хрестоматийными, а также материалы о научно-практических конференциях, семинарах, обучающих мероприятиях и т.п.

Авторы альманаха – как известные ученые и супервизоры, так и молодые, начинающие свою деятельность профессионалы, работающие в России и за рубежом.

Альманах ориентирован на широкий круг специалистов супервизоров, психологов, коучей, преподавателей, аспирантов и студентов вузов, а также представителей смежных профессий (врачей, социальных работников, педагогов и т.д.)

Выходит 1-2 раза в год.

Приглашаем вас стать авторами и читателями нашего научного альманаха!

Адрес редакции: [helpletter@mail.ru](mailto:helpletter@mail.ru)

УДК 159.9

ББК 88

Научно-практический альманах «Супервизия в России» – 2024. Том 3. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2024 - 372 с.

В третьем томе научно-практического альманаха «Супервизия в России», совместно издаваемого Национальной Ассоциацией Супервизии и Институтом консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институтом) собраны основные статьи участников Всероссийского онлайн-форума «СУПЕРВИЗИЯ В РОССИИ: интегративные тенденции, метаметодический подход, ресурсы для профессионала» 14-15 декабря 2024 г., отражающие место супервизии среди других методов профессионального развития, обучения и повышения квалификации в психологии и психотерапии. Особое внимание, впервые в истории подобных мероприятий, уделено метаметодическому подходу, также называемому «общим», а иногда «интегрированным» или «комплексным (всесторонним)». Подход, предлагает индивидуальное и связанное с практикой профессиональное развитие широкому спектру специалистов в области социальных (человеко-ориентированных) услуг и их руководителям, а также будущим специалистам, которые участвуют в образовательных супервизорских программах. Супервизия начинает рассматриваться как самостоятельная дисциплина и профессия.

Альманах адресован супервизорам разных направлений и сфер деятельности, психологам и психотерапевтам, социальным работникам, консультантам, работающим с отдельными людьми и с организациями. Он будет полезен также научным работникам, преподавателям и студентам психологических и медицинских факультетов, кафедр и факультетов социальной работы, всем интересующимся вопросами супервизии.

@Меновщиков В.Ю., 2024.

ISBN 978-5-521-23757-9

## Содержание

От научных редакторов.....	8
<b>НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ СУПЕРВИЗИИ В РОССИИ</b>	
Меновщиков В.Ю. Супервизия в России: из прошлого в будущее!.....	12
Лях И.В. Реальность полимодальности: полимодальная психотерапия и супервизия в XXI веке.....	35
Селезнева А.А. Феномены групповой динамики в очной супервизии.....	48
<b>СУПЕРВИЗИЯ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ДИСЦИПЛИНА</b>	
Ван Кессель Луи Цель супервизии и ее польза.....	51
Ван Кессель Луи Супервизия как отдельная дисциплина и метаметодический (общий) подход.....	55
<b>ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В СУПЕРВИЗИИ. МЕТАМЕТОДИЧЕСКИЙ (ОБЩИЙ) ПОДХОД В РОССИИ</b>	
Слатвинская Е.В. Границы личного Я в супервизии.....	62
Дарчиева (Панфилова) Н.А. Предпосылки интеграции каледоскопической модели в профессиональную деятельность частного практикующего супервизора в России.....	99
Жигулина М.А. Формирование индивидуального стиля супервизора.....	119
Журавлева О.Н. Супервизия как условие становления и профессионального совершенствования в профессии психотерапевта.....	141
Михайлов В.А. Сравнительный анализ балинтовской модели супервизии и интегративной модели супервизии.....	159
Плющева О.А. Опыт организации супервизий на рабочем месте специалиста.....	184
Рязанцева Е.В. Анализ и рефлексия опыта использования Калейдоскопической модели супервизии Луи ван Кесселя в групповой работе.....	204
<b>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СУПЕРВИЗИЯ – РАЗНООБРАЗИЕ СФЕР ПРИМЕНЕНИЯ И ПРАКТИК</b>	
Приходченко О.А. Отражение клиент-терапевтического взаимодействия в динамике полимодальной супервизионной группы.....	221

Новак Т.В. Супервизии в образовательном пространстве как инструмент профилактики жестокого обращения с несовершеннолетними.....	231
Локтинова А.В. Двойственная природа супервизорской практики: поддержка и фрустрация, реальность и действительность, личное творчество и наука.....	234
Новикова М.В. Трудная работа сострадания - источники силы детского психотерапевта (по материалам супервизии практики).....	239
Несивкина И.В. Супервизия организационных систем: проявление, диагностика и коррекция травматика в решении бизнес задач управленца.....	245
<b>БАЛИНТОВСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ</b>	
Винокур В.А. Исторические корни и современные аспекты использования балинтовской супервизии в помогающих профессиях.....	254
<b>КОУЧИНГ И СУПЕРВИЗИЯ КОУЧЕЙ В РОССИИ</b>	
Королихин А.В. Супервизия по стандартам Ассоциации русскоязычных коучей.....	327
<b>ОБУЧЕНИЕ СУПЕРВИЗОРОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУПЕРВИЗИИ</b>	
Меновщиков В.Ю. Чему и как обучать супервизоров?.....	336
Арпентьева М.Р. Проблема результативности супервизии и консультирования как проблема границ понимания себя и мира их субъектами.....	349
<b>НАШИ АВТОРЫ</b> .....	364
<b>ИНФОРМАЦИЯ</b> .....	367

## От научных редакторов

Уважаемые коллеги, друзья, все читатели альманаха “Супервизия в России”!

Третий том нашего Альманаха продолжает новую традицию отечественных публикаций по супервизии и подводит итоги прошедших в 2024 году мероприятий, таких как Всероссийский онлайн-форум «СУПЕРВИЗИЯ В РОССИИ: интегративные тенденции, метаметодический подход, ресурсы для профессионала, состоявшийся 14-15 декабря 2024 года.

**Целью форума** являлось обсуждение вопросов совершенствования системы современной супервизии на основе интегративных тенденций в теории и практике (метаметодический подход, супервизия как самостоятельная дисциплина).

### **В задачи форума входило:**

- Выявление новых путей развития супервизии в России, на фоне сложностей и проблем, с которыми сталкиваются супервизоры в современных условиях.;
- Обсуждение построения теорий супервизии, опирающихся на интегративный, метаметодический подход.;
- Совершенствование междисциплинарной супервизии;
- Супервизии для специалистов помогающих и коммуникативных профессий (психологов и психотерапевтов, коучей, врачей и медицинского персонала, педагогов, социальных работников, менеджеров по работе с клиентами и кадрами и др.);
- Применение супервизии и коучинга в сфере новых технологий, таких как: использование виртуальной реальности, искусственный интеллект, концепции цифрового психического здоровья, цифрового общества и др.;
- Анализ вариантов профессиональных ресурсов, обучения, супервизии-супервизии и научных исследований деятельности, повышающих качество работы, для благополучия клиентов и общества.

**Основные направления работы форума, так или иначе отраженные в данном издании, это:**

- Теория супервизии: интегративные варианты, метаметодический подход, супервизия как самостоятельная дисциплина.
- Практические компетенции супервизора, необходимые для более эффективной работы: способы достижения, развития и поддержания профессиональной компетентности специалистов, занятых в сфере оказания услуг населению в области психотерапии, социальной работы, образования и развития человеческих ресурсов.
- Актуальные вопросы супервизии специалистов, ведущих дистанционное консультирование (онлайн консультирование, е-терапия, кибертерапия, психотерапия онлайн, работающих на телефоне доверия, на телефоне экстренной психологической помощи) людей, переживающих различные кризисные ситуации.
- Обучение/аккредитация и супервизия-супервизии профессионала, повышающие качество его работы, для благополучия клиентов и общества. Компетенции и стандарты в супервизии. Исследования эффективности супервизии (методология, инструментарий).

- Ресурсы супервизора. Само и взаимопомощь. Национальные и международные сообщества и Клубы. Научные исследовательские группы. Профессиональные издания, библиографии, интернет-источники.

*В организационных комитет форума вошли, представители многих профессиональных объединений, занимающихся супервизией в России и за рубежом:*

***Сопредседатели оргкомитета:***

**Меновщиков В.Ю.**, председатель правления Национальной Ассоциации Супервизоров (Россия); президент Федерации психологов-консультантов России, ректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института), кандидат психологических наук, доцент.

**Панфилова-Дарчиева Н.А.**, исполнительный директор Национальной Ассоциации Супервизоров (Россия); проректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института), психолог-консультант и семейный психотерапевт, супервизор-практик.

***Члены международного оргкомитета:***

**Ван Кессель Л.**, экс-президент Европейской ассоциации супервизоров (ANSE), руководитель программы переподготовки «Международная программа подготовки супервизоров «Супервизия: индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в помогающих профессиях» (Нидерланды);

**Забраева Н.Н.**, председатель Правления Федерации Психологов-Консультантов России (ФПКР), педагог-психолог высшей квалификационной категории, клинический психолог, системный семейный консультант, нейропсихолог, психотравматолог, учитель-дефектолог, член республиканского координационного научно-методического совета педагогов-психологов при Министерстве образования и науки Республики Татарстан, член Балинтовской Ассоциации (Россия), ведущий балинтовских групп, сертифицированный Балинтовской Ассоциацией (Россия) в соответствии с критериями МБФ, супервизор в консультировании, психотерапии и других помогающих профессиях, член Национальной Ассоциации Супервизоров (НАС);

**Кудрявцева Е.В.**, председатель Правления Федерации Психологов-Консультантов Онлайн (ФПКО); Действительный Член Федерации Психологов-Консультантов России (ФПКР). Практикующий психолог, неклинический психотерапевт (Белоруссия).

**Лях Игорь Вячеславович**, врач-психотерапевт, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, сертифицированный супервизор, председатель экспертного комитета Ассоциации супервизоров и консультантов, член ЕКПП, действительный член и супервизор ОППЛ, член Центрального совета и руководитель НРО ОППЛ.

**Королихин Андрей Валерьевич** - супервизор коучей, супервизор супервизоров, автор курса «Супервизор коучей» и обучающих программ по коучингу, коуч руководителей, преподаватель. Учредитель и председатель правления Ассоциации русскоязычных коучей АРК.

В подготовке форума активно участвовало Правление *Национальной Ассоциации Супервизоров*:

**Жигулина М.А.**, исполнительный директор Общества человеко-центрированного подхода, член Правления национальной ассоциации супервизоров, сертифицированный психолог-консультант PCE Europe, сертифицированный тренер The International Focusing Institute, практикующий психолог, клиент-центрированный психотерапевт, стаж работы более 20 лет.

**Журавлева О.Н.**, частнопрактикующий психолог, системный терапевт, травма-терапевт, телесно-ориентированный и арт-терапевт, супервизор, сертифицированный в международной программе, член Правления Национальной ассоциации супервизоров

**Михайлов В.А.**, психолог Московской службы психологической помощи населению, преподаватель курса «Групповая психотерапия» на факультете психологии РПУ, психолог благотворительного фонда «Детская больница» при ожоговом центре ДГКБ № 9, ведущий балинтовских групп в фонде помощи хосписам &la

**Плющева О.А.**, клинический психолог, супервизор, тренер, преподаватель, кандидат психологических наук. Опыт работы в государственных учреждениях (здравоохранения, социальной защиты и образования), коммерческих центрах, благотворительных фондах и частной практике, в том числе в области индивидуальной и групповой психотерапии, дистанционном консультировании, супервизии специалистов помогающих профессий, вопросов аддикций, онкопсихологии, кризисной психологии, общей и профессиональной жизнеспособности.

**Рязанцева Е.В.**, клиент-центрированный психотерапевт, член Правления Национальной ассоциации супервизоров, супервизор Московской службы психологической помощи населению, сертифицированный ведущий Балинтовских групп.

*К участию в форуме были приглашены* супервизоры, практические психологи и психотерапевты, коучи, бизнес-консультанты, преподаватели, аспиранты, студенты вузов, представители общественных и некоммерческих организаций.

Общее количество участников составило 382 человека, представлявшие практически все регионы России: Москва и московскую область, Санкт-Петербург, Вологда, Ярославль, Рыбинск, Чебоксары, Сыктывкар, Екатеринбург, Пермь, Каменск-Уральский, Киров, Красноярск, Тула, Тверь, Смоленск, Тамбов, Набережные Челны, Саратов, Самара, Ростов-на-Дону, Белая Калитва, Астрахань, Орел, Владимир, Ковров, Нижний Новгород, Калуга, Брянск, Липецк, Абакан, Ноябрьск, Новосибирск, Омск, Барнаул, Горно-Алтайск, Кемерово, Иркутск, Благовещенск, Тайшет, Мурманск, Хабаровск, Владивосток, Ухта, Челябинск, Краснодар, Ставрополь, Сочи, Ялта, Анапа, Калининград, Казань, Грозный, Волгоград, Мирный, Улан-Удэ.

В форуме также приняли участие представители Белоруссии (Минск, Витебск, Борисов), Казахстана (Ташкент, Алматы), Германии (Мюнхен), Чехии (Прага), Португалии (Лиссабон), Черногории (Бар), Турции (Анталия), Нидерландов (Вайнинген).

В рамках форума состоялось 3 пленарных и 19 секционных докладов (4 секции), 1 лекция, 7 мастер-классов, 3 круглых стола и 1 презентация книги, с обсуждением программы подготовки супервизоров в метаметодическом подходе, описанном в ней.

Подводя итоги нашей вводной статьи, мы хотим заметить, что одной из основных целей форума было желание и необходимость собрать единомышленников, всех тех, кому небезразлична судьба супервизии в России и ее дальнейшее развитие, определение новых, современных направлений, поворот от супервизии центрированной на отдельных направлениях к супервизии, объединяющей профессионалов в одном смысловом (метаметодическом) и поддерживающем пространстве! И это, по нашему мнению, и откликам участников форума вполне удалось!

Мы желаем нашим читателям приятного чтения всех заинтересовавших вас статей, а также выражаем признательность всем авторам Альманаха - 2024 и коллективу Издательства ФПК-Института.

*Виктор Меновщиков  
Наталья Панфилова-Дарчиева  
25 декабря 2024 г.*

# НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ СУПЕРВИЗИИ В РОССИИ

*Меновщиков В.Ю.*

## Супервизия в России: из прошлого в будущее!

В наших предшествующих публикациях, мы неоднократно обращались к истории и текущему состоянию супервизии за рубежом. Настало время более внимательно отнестись к тому, как развивалась супервизия в России...<sup>1</sup> При этом, понимая и учитывая то, что развитие супервизии неотделимо от развития психотерапии в России, и нам, неминуемо придется, хотя бы косвенно и кратко, упомянуть и имена, и события, связанные с этим развитием!

Любопытно, что один из наших основных учителей – Луи ван Кессель, ведя разговор об истории супервизии в России, начинает с Петровских времен<sup>2</sup> и с буквального происхождения и перевода термина супервизия (употребляемого в словарях) с английского на русский язык.

Английский термин «supervision» происходит от латинского «supervidere», что означает «над» и «видеть». Можно сказать, что термин «супервизия» буквально означает «надзор», «наблюдение», «смотреть сверху». Однако «super» означает также «выше». Вот почему словарные значения терминов «супервизор» и «супервизия» относятся к «авторитету», «превосходству», «контролю» и «направлению». Значение термина «супервизия» в том смысле, который упоминается выше в современных словарях, следует искать в истории России, а также в современной системе государственного управления.

Например, в семнадцатом веке в России существовал «епископский надзор». «Епископальный надзиратель» отвечал за финансовые и административные задачи, связанные со сбором налогов. (Kotilaine/Рое, 2004, р. 300).

Словами «Вот око мое, коим я буду все видеть» Петр Великий представил Генерального прокурора Сенату в России в 1722 г. «Надзор» за Сенатом и управление подчиненными органами прокуратуры были основными обязанностями этого нового института.

---

<sup>1</sup> Автор вполне осознает, что в короткой статье невозможно представить полностью все, что относится к изучаемому феномену, и просит извинения у всех тех коллег, чьи имена не были упомянуты в данной публикации.

<sup>2</sup> 28 августа 1697 года, во время путешествия по Западной Европе, Петр I приехал в голландский город Саардам. Там он, представившись простым матросом, снял маленький домик и на следующий день, купив инструменты плотника, устроился работать на местную вервь. Так русский царь, никогда не бежавший от тяжелой работы, начал изучать сложное ремесло кораблестроителя. На сургучной печати, которую Петр ставил на своих письмах во время путешествия, была лаконичная и очень символическая латинская надпись: «Я ученик и ищу себе учителей». Петр ехал учиться не один. В состав посольства были включены 30 добровольцев, отобранных им лично... Позднее, в декабре 1716 года Петр I приехал в Амстердам и оставался в Голландии несколько месяцев. В продолжение этого времени он был занят столько же вопросами внешней политики, сколько приобретением разносторонних сведений в области хозяйства, наук и искусств. Налаживание отношений с голландскими торговцами было важной целью данного путешествия. Многие из того, что Пётр «перенял» у голландцев, прижилось в России и пополнило её культурную сокровищницу.

В настоящее время, в России, существует Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)<sup>3</sup>.

Да, все так...

Однако, не о такой супервизии мы поведем здесь речь, как это делает далее и Луи ван Кессель. В настоящее время термин «супервизия» относится к конкретному образовательно-развивающему процессу, состоящему из отношений сотрудничества одного или нескольких супервизантов (тех, кто участвует в супервизии) и супервизора (того, кто с его/ее специальной компетентностью в области супервизии особым образом помогает и направляет супервизанта в его/ее уникальном процессе профессионального обучения и развития)<sup>4</sup>.

Что же было и является более близким к этому современному пониманию и употреблению термина «супервизия» в российской истории? Каковы истоки российской супервизии? Кто представляет ее в настоящем? В какое будущее она направляется?

### ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Говоря об истории супервизии, Луи ван Кессель отмечает, что преподавание и изучение психоанализа является вторым корнем (следом за социальной работой<sup>5</sup>) в происхождении супервизии. Его основатель, Зигмунд Фрейд, с 1902 года организовывал для своих учеников так называемые дискуссионные встречи по средам, на которых они рассказывали о том, как они применяли психоаналитический метод в своей работе с клиентами, и интерпретировали ассоциации последних (Freud, 1914; Watkins, 2011). Эта деятельность стала рассматриваться как «неформальное» начало супервизии (Frawley-O'Dea / Sarnat, 2001; Wiener et al., 2002a). Однако фактически именно Макс Эйтингтон в Берлине в начале 1920-х впервые представил «Контрольный анализ» как формальную часть психоаналитического обучения, ныне известную как «контролируемый анализ» или «анализ под наблюдением», отделив его от личного анализа («Analysenkontrolle») (Fleming / Benedek, 1983; Szecsödy, 2008a; Watkins, 2013; Wiener et al., 2002a), разделение, которое было подтверждено публикацией Бибринга (1937)<sup>6</sup>.

В начале XX века психоанализ был хорошо известен в России, поскольку основные труды Фрейда почти сразу после их публикации переводились на русский язык. Интересно отметить, что русский был первым иностранным языком, на который были переведены работы этого ученого!

Фрейд считал Москву, в начале XX века, третьим городом по степени развития психоанализа в мире после Вены и Берлина. Почему же в России так активно были подхвачены его идеи? А.И. Белкин и А.В. Литвинов считают, что можно предположить следующее - практиковавшие тогда в России врачи, в основном, ориентировались на медицинские школы Германии, Австрии и Швейцарии, пользовавшиеся заслуженным авторитетом не только в области психиатрии и психологии.

---

3 Ван Кессель Л. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере человеко-ориентированных услуг / Под научной ред. В.Ю. Меновщикова, В.А. Михайлова. Пер. с англ. – М.: ФПК Онлайн-Институт, 2024 – С.21.

4 Там же.

5 Эту ветвь развития мировой супервизии мы сознательно опустим, ввиду, ее относительно незначительного и непрямого влияния на российскую супервизию.

6 Ван Кессель Л. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере человеко-ориентированных услуг / Под научной ред. В.Ю. Меновщикова, В.А. Михайлова. Пер. с англ. – М.: ФПК Онлайн-Институт, 2024 – С.43.

Существенным было и влияние философии, литературы, искусства немецкоязычных стран на общественное сознание россиян, что также благоприятствовало развитию психоанализа<sup>7</sup>.

Психоаналитические идеи очень быстро заинтересовывают русскую интеллигенцию и становятся важной частью культурной жизни России начала XX века. Начиная с 1904 года, после переиздания на русском языке работы Зигмунда Фрейда «Толкование сновидений», интерес к психоанализу в обществе вырастает. На русском языке начинают выходить труды не только З. Фрейда, но и Карла Абрахама, Альфреда Адлера, Отто Ранка, Ганса Сакса, Вильгельма Штекеля. Сам З. Фрейд отмечал в одном из писем к К.Г. Юнгу в 1912 году: «В России началась ... подлинная эпидемия психоанализа» (Шукуров, 2012. С. 66)<sup>8</sup>. Наибольшую известность учение З. Фрейда приобретает в России с 1907 года благодаря просветительской деятельности русских врачей, в частности Н.Е. Осипова<sup>9</sup>.

При этом, в работе 1911 года «Гипноз, внушение, психотерапия» русский психиатр В.М. Бехтерев противопоставляет свой метод ведущим на тот момент западным психотерапевтическим методам: Дюбуа, Марциновского, Фрейда. Первые два, по мнению В.М. Бехтерева, можно было считать частями его подхода. Психоанализ же критиковался наиболее резко. В.М. Бехтерев не отказал себе в удовольствии процитировать призыв профессора Г. Оппенгейма «бороться с психоанализом как с модным психозом» (Слабинский, 2018. С. 1).

Далее Первая мировая война, прервала работу русских ученых и проведение исследований в области психоанализа.

А затем настало время революций и... нового обращения к психоанализу! Любопытно, что Л.Д.Троцкий говорил о психоанализе как об инструменте, предназначенном для завоевания будущего счастья, но относился к нему не столько как к методу познания человека, сколько как к средству достижения классовых целей. Именно под его патронатом психоанализ и развивался в это время!

17 мая 1918 года был создан Институт по изучению мозга и психической деятельности в Петрограде под руководством академика В.М.Бехтерева. В Институте мозга в качестве ассистента работала Т.К.Розенталь – один из первых русских психоаналитиков. Американский исследователь в области истории психоанализа Мартин А.Миллер считал ее весьма квалифицированным психоаналитиком.

Исследования велись и в Московском психоневрологическом институте, где в то время в качестве члена коллегии по отделу нормальной и патологической психологии работал воодушевленный идеями психоанализа профессор И.Д.Ермаков. Интерес к психоанализу сформировался у него в 10-е годы во время пребывания в Европе, а его выступление в сентябре 1913 г. на научном собрании врачей психиатрической клиники в Москве на тему «Учение Фрейда по Блейлеру» стало первой вехой в деятельности ученого как последователя и пропагандиста учения З.Фрейда.

В штат института-лаборатории помимо И.Д.Ермакова также входили врачи С.Н.Шпильрейн<sup>10</sup> и Л.С.Гешелина и др.

7 А.И. Белкин, А.В. Литвинов К ИСТОРИИ ПСИХОАНАЛИЗА В СОВЕТСКОЙ РОССИИ

8 Цит. по История психоаналитического движения в России, 1904-1932

9 История психоаналитического движения в России, 1904-1932

10 Знаменитая пациентка, ученица и сотрудница К.Г. Юнга и З. Фрейда. Известно, что процесс терапии Сабины Шпильрейн – первой пациентки К. Г. Юнга, супервизировал Фрейд в форме переписки. Это не только позволило открыть феномен контрпереноса, но и высветило трудности начальных этапов развития супервизии – непроработанные влечения терапевта.

Осенью 1923 г. С. Н. Шпильрейн вступила в Русское психоаналитическое общество. С сентября 1923 г. она стала научным сотрудником Государственного Психоаналитического института. Он был учрежден годом ранее (1922) и просуществовал до 1925 г.

Советские ученые начинают принимать участие в работе международных психоаналитических конгрессов, публикуя свои материалы в специальных зарубежных журналах, становятся членами зарубежных психоаналитических организаций (Шилкина, 2019. С. 116–117).

С опалой Троцкого психоанализ в СССР попал под запрет. 27 июля 1930 года было принято официальное Постановление о ликвидации Русского психоаналитического общества.

Нам, увы, достоверно неизвестно о деталях супервизии в те времена. Однако, что интересно, сейчас, в наше время проводится КОММЕНТИРОВАННАЯ ГЛУБИННАЯ СУПЕРВИЗИЯ В ГРУППЕ НА ОСНОВЕ ИДЕЙ С. ШПИЛЬРЕЙН. Авторы методики: Румянцева Инга Викторовна, психолог, вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги. Председатель комитета по супервизии ОППЛ, сертифицированный супервизор ОППЛ. Член наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Обладатель Европейского сертификата психотерапевта. Организатор международных научных конгрессов и Психестов ОППЛ; Николаев Виктор Иванович, психолог, психотерапевт, коуч. Сертифицированный супервизор ОППЛ. Президент Психоаналитической ассоциации Ростова имени Шпильрейна (ПАРИШ) (с 2003 г.). Действительный член ОППЛ. Автор пособия по супервизии «Шпильрайниана I-II». Россия.

В частности, на сайте ОППЛ, которую представляют Румянцева И.В. и Николаев В.И., мы находим: «Казалось бы, нужно только приветствовать разнообразие школ супервизии. Некоторые из них даже придерживаются позиции, что психоанализ и его применение в супервизии устарели. И, тем не менее психоанализ позволяет посмотреть на работу психотерапевта с особой стороны... предвидеть будущее развитие событий в психотерапии, да и в судьбе клиента тоже»<sup>11</sup>.

По нашему мнению, стоит также упомянуть, что начало возрождения психоанализа в России можно отнести к тому факту, что в 1978 году в Тбилиси состоялся Международный симпозиум по проблемам неосознаваемой психической деятельности, в работе которого впервые после 30-х годов приняло участие большое количество зарубежных психоаналитиков. В 1987 году состоялся первый визит в Москву французских психоаналитиков из «Института Фрейдского Поля», а в 1988 году - американских психоаналитиков из «Американской психоаналитической Ассоциации». После этого начались публикации работ З.Фрейда после почти 60-летнего перерыва, фактически снявшие табу с издания психоаналитической литературы.

Наиболее существенным моментом этого периода явилось создание Российской психоаналитической ассоциации (1990), куда вошли большинство наиболее известных ныне российских психоаналитиков и ее включение в структуру Международной психоаналитической ассоциации (1991).

Определенную роль также сыграл Указ Президента Российской Федерации (Б.Н. Ельцина) от 19.07.1996 г. № 1044 «О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа», изданный благодаря усилиям М.М. Решетни-

11 Глубинная психология и комментированная глубинная супервизия (подход С. Шпильрейна) - статья <https://oppl.ru/2021-vyipusk-8/glubinnaya-psihiologiya-i-kommentirovannaya-glubinnaya-superviziya-podhod-s-shpilreyn-statya.html?ysclid=m580cn3wp6422103520>

кова<sup>12</sup>, при поддержке академика Дмитрия Лигачева.<sup>13</sup>

На сегодня Психоаналитическая супервизия – часть психоаналитического образования, наряду с теоретической подготовкой и тренинговым анализом. Она заключается в обсуждении клинического материала, предоставляемого устно или письменно психоаналитиком, психоаналитически ориентированным терапевтом или психологом супервизору.

В России работает целый ряд сообществ психоаналитиков, занимающихся, в том числе, психоаналитической супервизией. Среди них: Европейская Конфедерация Психоаналитической Психотерапии – Россия; Русское психоаналитическое общество (Москва); Общество психоаналитиков (Москва); Общество психоаналитической психотерапии (Москва); Московское Психоаналитическое Общество (Москва) и многие другие.

Например, Межрегиональная общественная организация «Русское психоаналитическое общество» (РПО) образована на Учредительной конференции 5 марта 2005 года. «Русское психоаналитическое общество» выступает преемником и продолжает профессиональные, научные, культурные, духовно-нравственные и интеллектуальные традиции Русского психоаналитического общества (1922-1930 гг., первый председатель – профессор И.Д.Ермаков), Российской психоаналитической ассоциации (1990-1995 гг.) – Русского психоаналитического общества (1995-2003 гг., первый президент – профессор А.И.Белкин). Президент Русского психоаналитического общества: к. пс. н., доцент, психоаналитик Харитонов Александр Николаевич.

Появляются и новые ассоциации. В частности, РУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ – Ассоциация берет свое начало в мае 2018 года, когда было принято решение начать общественную деятельность, с целью объединения специалистов в области психологии. Члены ассоциации имеют возможность постоянного профессионального роста и профессиональной поддержки. Поддержка в ведении сложных клиентских случаев и анализ терапевтической работы<sup>14</sup>.

Нам пока неизвестны какие-то большие печатные работы российских психоаналитиков о супервизии. При этом, та переводная литература, которая всем известна и превалирует в России, написана психоаналитиками, и, соответственно, использует психоаналитическую терминологию и стиль мышления!<sup>15</sup>

## СУПЕРВИЗИЯ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Вторым мощным проявлением супервизии в России, по нашему мнению, является супервизия в гештальт-терапии, связанная прежде всего с быстрым возникновением и ростом гештальт-институтов и гештальт-сообществ...

Д. Хломов и Н. Долгополов, в свое время писали, что возможность получить систематическое образование, быть интегрированным в определенную «культурную» психотерапевтическую систему (а не «петь свои собственные песни на своем соб-

12 Решетников Михаил Михайлович - доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор. Заслуженный деятель науки РФ. Учредитель и ректор Восточно-Европейского института психоанализа (ВЕИП) с 1991 года. Член Президиума Российского психологического общества. Вице-президент, член Президиума Координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества. Член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги. Член Российского психотерапевтического общества (Санкт-Петербург). Паст-президент Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП-Россия).

13 25 лет Указу Президента РФ "О ВОЗРОЖДЕНИИ ПСИХОАНАЛИЗА"

14 Русская ассоциация психоаналитически-ориентированной психотерапии

15 В частности, это такие книги как: Якобс, Д., Дэвис, П., Мейер, Д. (1997) Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования. СПб.: Б.С.К., 233 с.

ственном языке»), появилась (в России) только в конце 80-х годов. Эта возможность была связана с созданием первой независимой организации – Ассоциации психологов-практиков – в рамках которой зародилось большинство существующих сегодня независимых психотерапевтических институтов. АПП организовала первую продолжающуюся программу обучения интегративной терапии / гештальт-терапии по программе Института Фрица Перлза (Гамбург), сотрудники которого Сигрид Папе и Вилфрид Шлей вели эту программу в течение четырех лет. Параллельно были организованы другие программы – например, ознакомительная программа по гештальт-терапии из Гештальт-института Франкфурта-на-Майне (доктор Томас Бунгардт был двигателем этой программы), и ознакомительная программа по гештальт-терапии Роя Парсонса из Соединенных Штатов Америки. Так образовалась фигура гештальт-терапии в России. Группа людей, получивших полное образование в области гештальт-терапии, организовала Московский Гештальт Институт – таким образом, фигура гештальта в России нашла свое первое предметное воплощение.

Ольга Долгополова, непосредственная участница этих событий, дополняет: «На одном из ...мероприятий я познакомилась с Сигрид Паппе, которая и организовала первую ступень по гештальт-терапии в России. Сигрид была настоящей активисткой во всех сферах, знала много языков и готова была изучать русский. По ходу общения с ней выяснилось, что она из Гамбургского института Перлза, где преподавали бизнесменам гештальт-подход. Так, под эгидой этого института, у нас сложилась первая гештальт-программа в России. На нее был колоссальный конкурс. Среди участников были лучшие представители российской психотерапевтической среды – сейчас это известнейшие фигуры в гештальт-сообществе и руководители институтов. Со мной учились Данила Хломов, Елена Калитеевская, Нифонт Долгополов, Нина Голосова, Елена Теодоровна Соколова, Константин Павлов, Елена Петрова, Наташа Иванова и многие другие»<sup>16</sup>.

Похоже, что наиболее существенный вклад в описание процессов супервизии в этом подходе внесла И.Д. Булюбаш, в своей книге «Основы супервизии в гештальт-терапии». Она пишет: «читатели, возможно, уже догадались, что причиной появления этой книги стал именно недостаток литературы по супервизии в гештальт-терапии. Автор с удивлением обнаружила, что те немногочисленные источники, которые описывают супервизию в гештальт-терапии, содержат либо слишком широкое описание подхода к супервизии (Y. Starak), либо слишком узкое описание отдельных супервизорских тем (Brier, 1998; Lubbock, 1995), проблем (Clarkson & Gilbert, 1991, Yontef, 1997) и не касаются практических моделей супервизии, как это принято в других психотерапевтических подходах. Поэтому и было решено описать рабочую модель супервизии в гештальт-терапии, которая была бы полезна для терапевтов, интересующихся вопросами индивидуальной и групповой терапии или обучающихся супервизии по специальным программам. При этом нам кажется необходимым вначале обсудить вопросы интеграции теории гештальт-терапии и супервизорской практики в данной области, а затем уже конкретные практические вопросы супервизии»<sup>17</sup>. И все эти вопросы обсуждаются в ее книге, вышедшей в 2003 году!

На сегодня, по нашим наблюдениям публикации о супервизии в гештальт-терапии продолжают лидировать, как и сама распространенность гештальт-терапии в России. В качестве примера приведем фрагменты из статьи Третьяка Л.Л. (2016), который представляет Восточно-Европейский гештальт-институт и Российскую психотерапев-

---

16                    Какими были первые гештальт-терапевты в России.. | Московский Институт Гештальта и Психодрамы  
17                    Источник: [https://sppe.ru/glava\\_3\\_teoriticheskie\\_osnovy\\_supervizii\\_v\\_geshtalt\\_terapi](https://sppe.ru/glava_3_teoriticheskie_osnovy_supervizii_v_geshtalt_terapi)

тическую ассоциацию. Он пишет, что в рамках своей публикации намеревается привести основные принципы клинической супервизии в структуре обучения практиков в области гештальт-терапии, применяемые в Восточно-Европейском гештальт-институте. В частности, процедура супервизии включает традиционные модели- шестифокусную модель (Уильямс Э., 2001), модель Ховкинса-Шовхета (2002), и основывается на принципах «колеса супервизии», изложенных преподавателями Лос-Анджелесской школы гештальта (GATLA) Робертом Резником и Лив Эструп. Далее Третьяк ссылается на изложение методов и принципов супервизии в гештальт-подходе в монографии преподавателя Московского института гештальт-терапии и консультирования (МИГ-ТИК) И.Д.Булюбаш (Булюбаш И.Д., 2003) и указывает, что в рамках второй ступени профессионального обучения гештальт-подходу процедура супервизии имеет также методический смысл, позволяя усвоить принципы гештальт-диагностики с помощью процедуры анализа процесса (иногда называемой процесс-анализом).

Л.Л. Третьяк также отмечает, что перспективным направлением является групповая супервизия и учебная интервизия («учебные тройки»), что особенно оправдывается в региональных филиалах института, где существуют трудности с поиском квалифицированного супервизора в гештальт-подходе. Зонай ближайшего развития являются также межконфессиональные супервизии, где оценку случая проводили бы специалисты из разных психотерапевтических направлений и школ.

В заключении он пишет, что становление и развитие обучения психотерапии в России продолжается и в настоящее время, и мы надеемся, что этому будет способствовать развитие института специализированной супервизии, в рамках каждой терапевтической модальности<sup>18</sup>.

И, наконец, уже совсем недавно, в 2022 году, один из зачинателей гештальта в России, Калитеевская Елена Ростиславовна делится с нами вот такими размышлениями: «Супервизия – это творчество, а не технология. Я называю лишь некоторые проблемы, их множество и ответов нет. Ответы в практике. В наших ошибках, в их осознании и использовании опыта неудач как ресурса. Время динамической супервизии как регулярной формы практики у нас только начинается, гораздо более привычна нам пока иная форма. Наше знакомство с супервизией началось с практики супервизионного консультирования, когда терапевт время от времени обращается к разным супервизорам по поводу разных клиентов, реже по поводу одного и того же клиента. И корнями это также уходит в далекое прошлое, когда супервизия развивалась в 20-е годы и позднее, но уже совсем другой профессиональной группой. Это были терапевты, ориентированные на краткосрочную терапию, социальные работники, не получившие психоаналитической подготовки, а также терапевты, охваченные гуманистическими идеями»<sup>19</sup>.

Это движение обрело свою консолидацию и интеграцию в системе поддержки, которая может быть условно обозначена как педагогическая, учебная, консультативная модель. Супервизионное консультирование может быть обозначено также как «кризисная поддержка».

Важной формой супервизионного консультирования является дидактическая супервизия. У начинающих терапевтов возникает много вопросов, и часто лучшей формой поддержки терапевта служат ясные ответы со стороны супервизора<sup>20</sup>.

18 Третьяк (2016) Клиническая супервизия в гештальт-подходе: общие принципы и алгоритмы | Библиотечно-издательский комплекс СФУ

19 Е.Р. Калитеевская: «Супервизия – это творчество, а не технология» // Психологическая газета. 26.12.2022

20 Е.Р. Калитеевская: «Супервизия – это творчество, а не технология» // Психологическая газета

## СУПЕРВИЗИЯ В КПТ

В отличие от других форм психотерапии, КПТ не являются производением одного отца-основателя. Эти терапии появились независимо друг от друга на свет в разных уголках планеты в течение одного и того же десятилетия, в 1950-е годы, когда научная психология достигла значительных успехов. Параллельно с Гансом Айзенком<sup>21</sup> южно-африканский психиатр Джозеф Вольп экспериментирует исходя из тех же принципов. В начале, как и большинство его собратьев, он практиковал психоанализ. А в 50-е годы он разрабатывает лечение фобий посредством «систематической десенсибилизации». Другой важный пионер подхода – Буррус Ф. Скиннер, известный своей теорией оперантного обусловливания...

Независимо от бихевиористской терапии, параллельно развивалась терапия «когнитивная». Здесь инициатива принадлежит главным образом Альберту Эллису и Аарону Беку, двум американским психоаналитикам, неудовлетворенным недостаточной научностью фрейдизма и его слабой результативностью....

Благодаря всем вышеперечисленным, КПТ быстро и успешно развивается многие годы как когнитивно-поведенческая парадигма.

И, наконец, в 1990-е годы происходит появление новых направлений: диалектико-поведенческая психотерапия, схема-терапия, терапия осознанностью, терапия принятия и обязанностей (АСТ) и др.

Всемирный опрос 2015 года показал, что КПТ – наиболее широко распространённый подход терапии в мире (Knapp, Kieling, & Beck, 2015). Кроме того, в Великобритании КПТ используется в качестве ведущего метода терапии в рамках программы по расширению доступа к психологическим методам лечения (англ. IAPT) под эгидой Национальной службы здравоохранения (NHS), в которой проходит лечение более 500 000 человек в год с различными психическими проблемами, включая депрессивные и тревожные расстройства (D. M. Clark, 201)<sup>22</sup>.

Отечественные авторы в отдельных исследованиях также подтверждают эффективность и преимущества когнитивно-поведенческой психотерапии (Вейн с соавт., 1993; Бобров, Агамамедова, 2006; Холмогорова А.Б., 2011).

Один из лидеров КПТ в России, Д. В. Ковпак преподаёт КПТ с 1998 года, после обучения курса по когнитивно-поведенческой терапии у профессора Г. Кассинова из Института Хофстра, Нью-Йорк, США (H. Kassinove, N.Y., USA).

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП) в России создана в 1999 году на базе Клиники Неврозов им. И. П. Павлова (Санкт-Петербург). В ее создании участвовали: Ковпак Д. В., Палкин Ю. Р., Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г. и др. АКПП успешно прошла регистрацию в МинЮсте в 2012 году.

В 2014 году супервизоры АКПП прошли курс обучения супервизии у Донны Судак, MD, супервизора Института Бека, профессора психиатрии медицинского колледжа Университета Дрексель, директора психотерапевтического обучения, старшего директора обучения ассоциации тренингов, Президента American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT), экс-президента Академии когнитивной терапии.

21 Айзенк, в том числе, один из авторов «трёхфазной теории возникновения невроза», – концептуальной модели, описывающей развитие невроза как системы выученных поведенческих реакций («The Causes and Cures of Neuroses», соавт. с S. Rachmann, 1965). На основе этой поведенческой модели были разработаны методы психотерапевтической коррекции личности, в частности, одна из вариаций авersiveивной психотерапии.

22 60-летняя эволюция когнитивной теории и терапии - Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии / Аарон Т. Бек Научный редактор перевода: Дмитрий Викторович Ковпак. Редактор перевода и переводчик: Альберт Муртазин

Основные положения говорят о том, что Супервизия в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) – это форма консультирования терапевта более опытным, специально подготовленным коллегой. Она позволяет психотерапевту систематически видеть, осознать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и поведение. Цель супервизии – развитие знаний, навыков и умений, способствующих совершенствованию профессиональной деятельности КПТ-терапевта<sup>23</sup>. Кейсы, предоставленные на супервизию, оцениваются по шкале когнитивной терапии (CTRS). См. Дж.Бек, «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям», Изд-во «Питер», 2018.

Очень симпатично звучит высказывание Джудит Бек: «Хорошая супервизия в КПТ – это баланс между обучением техникам и развитием концептуального понимания случая». Какие-то публикации отечественных авторов по теме КПТ-супервизии нами обнаружены не были.

### СУПЕРВИЗИЯ В СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Интересно, что еще в 1930-1940-е годы появляется отдельная практика консультирования супружеских пар. В рамках такой работы специалисты стали смещать фокус с психических нарушений личности на проблемы общения и жизни супругов в семье. В 1950-е годы была утверждена практика и сам термин «семейная терапия».

В истории становления семейного консультирования в психологии в СССР можно выделить ряд ученых Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, которые сыграли наиболее значимую роль в развитии именно этого направления. Это Е.А. Личко, Э.Г. Эйдемиллер, А.И. Захаров, Т.М. Мишина<sup>24</sup>.

Анна Яковлевна Варга, к.п.с.н., председатель правления Общества семейных консультантов и психотерапевтов пишет, что «Системная семейная психотерапия в России стала развиваться в последние десятилетия, так же как и другие направления и школы психотерапевтической практики...».

Первый в России центр психологической помощи семье был открыт в 1981 году при факультете психологии МГУ. Его заведующим был профессор Владимир Столин.

Варга непосредственно участвовала в работе этого центра и вспоминает:

«Мы отдавали себе отчет в том, что не имеем необходимых знаний и умений и старались восполнить это. Мы вели прием населения четыре дня в неделю. Все приемы записывались на магнитофон. В пятый день мы слушали записи и обсуждали их, а также слушали доклады о прочитанных книгах и анализировали их. Надо сказать, что книг на русском языке по психотерапии почти не было. Мы составили списки полезных нам книг, которые были в Московских библиотеках на английском и немецком языках, распределили их между теми, кто знал языки. Прочитавший делал подробный доклад для всех остальных сотрудников. Вспоминая сейчас это время, я понимаю, что наша эффективность в работе была невелика, но огромным достижением было то, что внимательное пошаговое отслеживание того, что мы делали, анализ записей приемов, лихорадочное самообразование позволяло нам не навредить семьям и детям, нуждавшимся в психологической помощи, а некоторым действительно помочь. Все сотрудники нашего центра приобрели удивительный опыт».

Через три года в Москве открылась городская семейная консультация при Моссовете. Она была странно организована: в рамках одной организации работала служба знакомств и отделение психологической помощи семье. Эта консультация существу-

---

23 Индивидуальные Супервизии Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии  
24 История становления семейного консультирования.. | Психолого-диагностический центр

ет до сих пор, правда, с гораздо меньшим составом сотрудников и потоком клиентов. В это же время в Ленинграде в Бехтеревском институте несколько человек В.К.Мягер, Э.Г.Эйдемиллер так же стали оказывать психологическую помощь семьям.

В последующие годы семейная психотерапия довольно активно развивалась. Психологическая помощь семье как область деятельности психологов получила государственное признание. Стали открываться консультации «Семья и брак» при гинекологических консультациях и туда стали приглашать психологов для работы с семьями.

Параллельно с этим стали возникать программы обучения семейных психологов в соответствии с мировыми стандартами. Первой в России курс системной семейной психотерапии стала преподавать Хана Вайнер (Варга называет ее «моя учительница и супервизор»). Больше восьми лет она работала в Москве и бесплатно учила психологов системной семейной психотерапии. Она приглашала прочесть лекции и показать свою работу таких замечательных мастеров как Джанфранко Чеккин – один из основателей Миланской школы, Флоренс Каслоу – основатель и первый президент International Family Therapy Association (IFTA) и других.

Профессионализация привела к тому, что в Москве было создано первое объединение семейных психотерапевтов – Общество семейных консультантов и психотерапевтов. Оно зарегистрировано в ноябре 1998 г.

Супервизия в системной семейной психотерапии (ССП) возникла практически вместе с возникновением самого подхода. Так, например, в «миланском подходе» супервизия была просто «вшита» в терапевтический процесс (М.Сельвини Палаццоли с соавт. 2002, К.Тукер, интернет-ресурс.)

Имеются отличительные черты супервизии в классической СПП (подробнее см. <sup>25</sup>).

Появление системной теории породило новые психотерапевтические подходы и формы супервизии. Например, для обучения в системном подходе практикуется так называемая живая супервизия. В системном подходе принято считать, что супервизор получает больше информации о работе супервизанта, если наблюдает ее непосредственно через веб-камеру или однонаправленное зеркало. Фокус внимания супервизора направлен, прежде всего, на коммуникацию супервизанта с клиентской семьей. Это отражает базовое положение системного подхода: проблемы не находятся внутри людей, они живут между людьми и порождаются особенностями системы коммуникаций, возникшей в той или иной социальной системе. Соответственно супервизор, наблюдая за реальным взаимодействием супервизанта с клиентской системой, получает информацию и о симптоме, и о том, как выстроена система коммуникаций в терапевтической системе (клиентская система + психотерапевт).

Системная семейная психотерапия представлена разными школами или направлениями. Они отличаются друг от друга, в частности, разными правилами проведения супервизий.

В 2022 году Анна Яковлевна Варга с соавторами (Г. Будинайте, С. Климовой, Л. Микаэлян, Е. Фисун) написали книгу: «Профессиональная супервизия для семейных психотерапевтов».

В этом учебнике описываются особенности проведения супервизий во всех классических направлениях системной семейной психотерапии: в миланской школе, стратегическом подходе Хэйли-Маданес, в структурном подходе Минухина. В учебнике изложены базовые принципы супервизии для семейных и семейных системных психотерапевтов.

## ПОЛИМОДАЛЬНАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Один из самых, на наш взгляд, представителей полимодальной супервизии Лях И.В. пишет, что в России всегда уделялось большое внимание качеству подготовки специалистов в области психотерапии и клинической психологии, супервизия традиционно является важным элементом профессионализации в данной сфере. В подготовке врачей-психиатров и клинических психологов супервизия регламентируется следующими приказами: приказ Минздравмедпрома РФ от 4 сентября 1995 г. № 255 «Об аттестации на квалификационные категории психологов, работающих в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи», приказ Минздравмедпрома РФ от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». Согласно этим документам пси-специалисты сферы здравоохранения имеют возможность и обязываются супервизировать свою работу, повышать ее качество и поддерживать свой профессиональный уровень.

С расширением пространства психологических и психотерапевтических услуг в России в 1990-е гг. возникла потребность в обеспечении качественного супервизионного сопровождения для более широкого круга специалистов, работающих в негосударственных структурах и занимающихся частной практикой. Специфика российского профессионального сообщества психологов и психотерапевтов (полимодальность, клиенториентированность, результаториентированность как основное методологическое предпочтение для большинства специалистов) требовала поиска новых решений в данной сфере деятельности. Формат школьной супервизии, привычный для медицинского контекста, и мономодальной супервизии, основанной на строгих методологических принципах определенной модальности (например, психоаналитическая супервизия, гештальт-супервизия и т.п.), в реальном пространстве полимодальной медицинской психотерапии сталкивался с целым рядом трудностей. Поиск решения указанной проблемы привел к разработке метода профессиональной полимодальной супервизии<sup>26</sup>.

Впервые полимодальная супервизионная группа была создана в Новосибирске после проведения большого психологического декадника, в котором участвовали представители разных психотерапевтических модальностей и специалисты полимодальной направленности.

В начале 2000-х гг. стабильной групповой супервизии в Новосибирске практически не существовало, поэтому первая супервизионная группа, созданная на базе клиники «Инсайт», вырабатывала правила своей работы самостоятельно. Процесс разработки эффективной модели был достаточно длительным и основывался на анализе возникающих в ходе работы группы затруднений. Используя различные подходы к проведению супервизии в течение одного года, группа столкнулась с тем, что динамические процессы могут серьезно препятствовать оказанию реальной помощи специалисту в преодолении профессиональных затруднений. Развивающаяся конкуренция, отсутствие ярко выраженного лидера внутри группы, отсутствие четких правил ведения группы приводили к тому, что эффективность супервизии снижалась. В результате были выработаны первые правила.

По мере того, как набирался опыт ведения групп, среди участников выделилось несколько основных ведущих, работа с которыми была всеми признана наиболее эффективной. Среди них Лях Игорь Вячеславович, Жуков Александр Сергеевич, Гриша-

нов Александр Николаевич и еще несколько ведущих, которые впоследствии ушли в собственную практику. В это же время при Новосибирском региональном отделении Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги был сформирован Комитет по супервизии.

Таким образом, в процессе развития практики полимодальной супервизии накапливался ценный практический опыт и исследовательский материал, в связи с чем было принято решение об институциализации супервизии в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги на основе деятельности полимодальных супервизионных групп, поскольку одним из основных достоинств полимодальной супервизии была и остается возможность участвовать в супервизионной работе специалистам разных помогающих профессий.

В работе группы одновременно могут участвовать специалисты с медицинским образованием (врачи-психотерапевты, интернисты, психиатры), психологи с академическим психологическим образованием (психологи-консультанты, педагоги-психологи) и люди, занимающиеся нетрадиционными практиками. Так, например, в работе новосибирской группы долгое время участвовали несколько экстрасенсов, биоэнергетиков, мистиков разного толка. Они осознавали ценность своего участия в работе полимодальной супервизионной группы, поскольку одним из её свойств является формирование общего языка, феноменов понимания, осознания коммуникативных процессов. Происходил естественный отход от узкой терминологии профессионального языка и возврат к простому живому русскому языку...

Межмодальные конфликты имели очень большое значение в ходе работы полимодальной группы в первые десять лет. Они вызывали не только сильные психодинамические волнения, но и большой взаимный интерес. Иногда это выглядело как нечто невозможное. Группой заинтересовалась отечественная профессура: проф. Эйдемиллер Э. Г., проф. Макаров В. В., проф. Решетников М. М., проф. Завьялов В. Ю., проф. Осьмук Л. А. и др., которые сомневались в возможности и ценности существования подобного процесса. Поучаствовав в работе группы и ощутив пользу от этого мероприятия, коллеги стали поддерживать идею институциализации, а группа профессиональной полимодальной супервизии была принята как одна из основных в плане обучения и в плане, собственно, супервизорской деятельности. Появилась необходимость обучения специалистов ведению полимодальной супервизионной группы.

После принятия решения ОППЛ о развитии направления полимодальной супервизии супервизионное движение продолжает развиваться, разрабатывается теория, совершенствуется метод.

1 декабря 2016 года была зарегистрирована АССОЦИАЦИЯ СУПЕРВИЗОРОВ И КОНСУЛЬТАНТОВ, председателем экспертного комитета которой стал И.В. Лях.

С 2017 года Комитет по супервизии сотрудничает с волонтерами по всей России и оказывает очную и дистанционную супервизию специалистам, работающим в «горячих» точках нашей страны. Число обращений за дистанционной супервизией увеличилось в 9 раз.

Возросло количество супервизионных групп – помимо Новосибирска, регулярно собираются группы в Москве, Иркутске, Алматы, есть группа в Санкт-Петербурге, Астане и Шымкенте. Кроме того, все больше специалистов посещают саму практическую супервизионную группу в городе Новосибирске, часто группы доходят до 30 человек, что говорит о высокой мотивации и значимости данной сферы работы<sup>27</sup>.

## **ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ СУПЕРВИЗИИ, известные российские супервизоры и организации**

Среди других направлений супервизии, которые, по нашему мнению, трудно отнести к определенной школе, невозможно не упомянуть вклад Генриха Владиславовича Залевского. Залевский Г.В. – советский и российский психолог, доктор психологических наук, профессор, члена-корреспондент РАО (1992). Помимо того, что он являлся автором концепции фиксированных форм поведения, биопсихосоционэтической модели, Генрих Владиславович уделили немалое внимание клинической психологии и супервизии. В частности, ведя учебный курс по супервизии и опубликовав книгу «Психологическая супервизия (учебное пособие). М.: Юрайт. – 2019 – 176с.

Кулаков Сергей Александрович - врач-психотерапевт высшей категории, зам. директора по реабилитации «Центр Бехтерев», доктор медицинских наук, профессор, супервизор Российской психотерапевтической ассоциации.

В Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии супервизия (хотя специально такой термин не употреблялся) проводилась в рамках клинико-психотерапевтических разборов под руководством Б. Д. Карвасарского в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и, таким образом, изначально акцент был на клиническую супервизию. После создания в 1982 г. кафедры психотерапии в Государственном институте для усовершенствования врачей (ГИДУВ) (ныне ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И.Мечникова» Минздрава России), эти разборы стали систематическими, на которых присутствовали не только сотрудники отделения, но и курсанты и аспиранты кафедры. Такой очный вариант супервизии позволял коллегам, представлявших свой случай, лучше понять психогенез расстройства и внедрить рекомендации расширенного супервизорского консилиума в дальнейшую индивидуальную и групповую психотерапию с данным пациентом. До конца своих дней Б. Д. Карвасарский рецензировал все научные и практические работы по психотерапии, в том числе давал «обратную связь» как по клиническим случаям, публиковавшимся в «Учебнике по психотерапии», так и по всем направлениям и техникам психотерапии, описанных в «Психотерапевтической энциклопедии».

После создания РПА в 1994–1995 гг. интерес к супервизии как «особого вмешательства» усилился. В 1997–1998 году на кафедре психотерапии был проведен первый цикл консилиумов, который назывался «Балинтовская группа и супервизия», получивший положительную оценку слушателей. По инициативе члена РПА О. В. Кремлевой в 1998 году было опубликовано первое методическое пособие на русском языке по супервизии «Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми» (авторский коллектив В. А. Винокур, О.В.Кремлева, С.А.Кулаков, Э.Г.Эйдемиллер и др.).

В 2000 г. был создан Супервизорский Совет в рамках РПА, и супервизии в обязательном порядке были представлены на апрельских семинарах, организуемых Р. К. Назыровым.

В 2002 году С.А.Кулаковым в издательстве «Речь» была опубликована книга «Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии». Д.А.Федоряка в 2017 г. выпустил книгу «Супервизия в психотерапевтической практике», где изложены принципы супервизии с позиций ЛОРП28.

В 2018 г. вышел учебник С. А. Кулакова «Супервизия в психотерапии», третье издание, дополненное, датировано 2022 г.

---

28 Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) – основной метод Ленинградской школы психотерапии. Часть авторов относят метод к динамическому направлению, часть – считают интегративным.

В направлении супервизии клиентоцентрированной психотерапии/человекоцентрированного подхода работают Орлов, А. Б., Орлова, Н. А. В частности, опубликовавшие в 2011 году статью «Включенная супервизия как супервизия «par excellence». // Консультативная психология и психотерапия, № 4 (71), с. 5–24. Также в этом направлении ведут работу В.В. Колпачников, М.А. Жигулина и В.Ю. Меновщиков.

Подход полифонической супервизии разрабатывался Ф.Е. Василюком с его ближайшими сотрудниками – Щукиной Ю.В., Шерягиной Е.В.

Относительно недавно вышедшая книга Елены Тарариной «Супервизия в арт-терапии: сложные случаи и деликатные темы в работе психолога» (2018) рассчитана на практикующих арт-терапевтов Подробнее на [livelib.ru](http://livelib.ru):

<https://www.livelib.ru/selection/2529442-superviziya?ysclid=m53pexu37v306077236>

Одна из старейших общественных организаций в области психотерапии – ОППЛ была учреждена в 1996 году (В 1994 году состоялся учредительный съезд Российской психотерапевтической ассоциации (РПА). Эта общественная организация объединила врачей-психотерапевтов и некоторую часть медицинских психологов большинства регионов Российской Федерации).

В Москве, XII съездом ОППЛ, было принято «Положение о супервизоре ОППЛ», в котором супервизия институционализована в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге. Этим положением введены новые критерии присвоения специалисту статуса супервизора. Для развития профессиональной супервизии создан и функционирует постоянно действующий орган Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги – Комитет по супервизии, основной целью которого является развитие института супервизии в рамках Лиги [14]. Функциями Комитета по супервизии являются обучение и повышение квалификации супервизоров (программа обучения полимодальной супервизии), аккредитация и сертификация супервизоров, популяризация супервизии и статуса Супервизора в профессиональной среде, ведение реестра супервизоров ОППЛ, оказание методической и организационной помощи в работе супервизионных групп и т.д. Предложенная ОППЛ концепция полимодальной супервизии отличается целостностью и проработанностью [15], учитывает интересы клиентов и специалистов. Разработанное положение апеллирует к требованиям Европейской ассоциации психотерапии и предполагает разделение статусов «супервизор», «преподаватель», «личный терапевт».

Среди организаций, связанных с развитием супервизии в России, не могу не упомянуть Институт «Гармония», который был основан в 1988 году и до сих пор является одним из ведущих в Санкт-Петербурге центров профессиональной переподготовки, повышения квалификации, обмена опытом для психологов, супервизоров, тренеров и всех, кто хочет развиваться в области практической психологии, а также центром оказания психологической и психотерапевтической помощи взрослым и детям.

С этим Институтом связано и создание Российской Ассоциации Телефонной Экстренной Психологической Помощи (основатель и первый президент – Е.С. Креславский. Нынешний президент – А.А. Камин). Во всей сети РАТЭПП с самого основания велась и ведется супервизия для телефонных консультантов.

## **БАЛИНТОВСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ**

Первый вопрос, на который нам следует коротко ответить: Что это за Балинтовские группы?

История их такова: В 1949 г. в Тавистокской клинике Майкл Балинт (английский психоаналитик венгерского происхождения) и его будущая супруга Энид стали фор-

мировать группы из 8-10 врачей для обсуждения проблемных моментов в их отношениях с пациентами. Этот инструмент коллективной взаимопомощи получил название балинтовских групп и стал популярным методом группового тренинга. В серии семинаров, проводившихся с 1950 по 1972 гг. М. Балинтом и Э. Балинт (не прерванных даже смертью М. Балинта в 1970 году), была отработана новая активная технология обучения врачей ведению «трудных» больных. В 1968 г. Балинт был избран председателем Британского психоаналитического общества. С 1969 года функционирует Международное Балинтовское общество с филиалами во многих странах.

Одно из важнейших открытий, сделанных участниками первых балинтовских групп, это осознание того, что наиболее часто употребляемое и эффективное лекарство - сам доктор. Это привело к новому пониманию их собственных переживаний, они стали более чувствительны к эмоциональному состоянию своих пациентов, к их психологическим проблемам, лучше стали понимать их запросы. В этом и заключалась цель М. Балинта - выработать у врачей новый навык слышать даже то, что пациент высказывал сдержанно и неотчетливо, а затем прислушиваться к себе, к своим собственным чувствам, чтобы в результате все это помогло достичь взаимопонимания с пациентом.

К началу 90-х годов балинтовские группы получили широкое распространение в мире, причем не только среди врачей и психологов. Они используются в подготовке и в практической деятельности полицейских, педагогов, социальных работников, священников (Ирландия, Германия, Хорватия, Венгрия). Вместе с тем появилась тенденция к «размыванию» или интегрированию балинтовских сессий с другими формами групповой работы в технологии проведения групп, предложенной М. Балинтом.

В статье Гараньковой И.Ю., посвященной краткой истории супервизии, читаем о недалеком прошлом Балинтовских групп в России - потребность во введении супервизорской практики велика, а целенаправленная подготовка супервизоров развита слабо. Отсутствуют требования к обязательной супервизии, практически нет научных исследований в этой области. Европейской ассоциацией психотерапии институт супервизии общепризнан. В нашей стране институт супервизии только начинает появляться. В основном в групповом формате, в виде «балинтовских групп» (Санкт-Петербургская ассоциация тренингов и психотерапии, на базе СПбМАПО (руководитель – проф. Эйдемиллер), Государственный технический университет (специальный факультет по подготовке ведущих тренингов и др.). Практика супервизии начинает развиваться в нашей стране в русле крупных психотерапевтических модальностей, таких как психоанализ, аналитическая психология, гештальт-психология, символдрама и др.<sup>29</sup>

Если обратится к самому Э.Г. Эйдемиллеру (1998), то можно уточнить следующее:

В практике сложился определенный опыт деятельности и формирования балинтовских групп. В Санкт-Петербургской ассоциации тренинга и психотерапии балинтовские группы собираются в различных секциях по научно-практическим интересам. Ежемесячная работа балинтовских групп, как правило, сочетается с работой секции Ассоциации.

Имеется опыт работы двухгодичной балинтовской группы на базе СПб МАПО (руководитель профессор Эйдемиллер Э.Г.) с выдачей свидетельства о повышении квалификации по циклу «Совершенствование высоких навыков психотерапевта: современные формы супервизии и балинтовских групп» со временем работы 72 часа. Параллельно с обучением в балинтовской группе проводилось исследование сотрудниками соответствующей кафедры личностного и профессионального роста

психотерапевтов и психологов. В академии МВД балинтовские семинары включаются в учебно-тематический план повышения квалификации психологов горрайорганов ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области, занимающихся в течение года с частотой встреч 1-2 раза в месяц.

Своя практика проведения балинтовских групп сложилась в Государственном техническом университете на спецфакультете по подготовке ведущих тренингов. В Институте тренинга проводятся балинтовские сессии для решения управленческих проблем. Санкт-Петербургское балинтовское общество организовало работу нескольких групп врачей и психологов<sup>30</sup>.

Собственно, Балинтовская Ассоциации (Россия) создана на основе Санкт-Петербургского Балинтовского общества, основанного в 1995 году (в апреле 1995 – в Санкт-Петербурге, Россия).

В настоящее время ее возглавляет - Винокур Владимир Александрович - доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, профессор Восточно-Европейского института психоанализа, Президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества, член консультативного совета Международной Балинтовской Федерации.

В частности, у Винокура мы можем почерпнуть следующее: «Аргументом в пользу такого метода групповой аналитической супервизии, профессионального самоусовершенствования и эффективного предупреждения выгорания, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно.

Балинтовские группы эффективно обеспечивают ее участникам возможность (среду, пространство) для более глубокого и осознанного анализа врачами своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания врачами своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними. Они открывают в мышлении врача новые аспекты и подходы, стимулирующие новое понимание пациента и более успешный терапевтический процесс. Группа обеспечивает врачу эмоциональную поддержку в кругу коллег и связанное с этим улучшение коммуникации с пациентами и другими профессионалами. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит не только (или не столько) от того, что ее участники получают какое-то новое для себя знание, сколько от того, что балинтовская супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей и в каждом случае его взаимодействия с пациентами»<sup>31</sup>.

В России также зарегистрирована Общероссийская общественная организация врачей, психологов, медицинских и социальных работников «Российское Балинтовское Общество». Авагимян Анжела Албертовна - с 3 августа 2017 г. является ее президентом.

30 Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. Учебное пособие. СПб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998. 83 с. В.А.Винокур, О.В.Кремлева, С.А.Кулаков, Н.А.Токарев, Л.А.Токарева, Э.Г.Эйдемиллер. Научный редактор: Э.Г.Эйдемиллер, доктор медицинских наук, профессор.

31 Винокур В.А. Супервизия в балинтовских группах // Психологическая газета 14.04.2017

Организация меняла название, до 28.06.2021 она называлась Региональная Общественная организация врачей, психологов, медицинских и социальных работников «Балинтовское Общество в городе Москве».

Организация меняла название, до 28.06.2021 она называлась РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕЙ, ПСИХОЛОГОВ, МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ «БАЛИНТОВСКОЕ ОБЩЕСТВО В ГОРОДЕ МОСКВЕ».

Русское Балинтовское Общество - Объединяет специалистов-психологов и психоаналитиков для обобщения профессионального опыта, обеспечения профессионального роста, участия в развитии балинтовского движения на территории России. Руководитель: Председатель Комитета по Балинтовскому движению Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги к.б.н., доцент КЛЕПИКОВ Николай Николаевич (Россия, Москва)

Совсем недавно - 28 и 29 сентября 2024 г. в Самаре проходила Всероссийская научно-практическая конференция "Балинтовские группы: традиции и современность". Организаторами конференции выступали Самарская региональная общественная организация "Самарское Балинтовское Общество" и Самарское отделение Российского психологического общества при поддержке Балинтовской Ассоциации (Россия). Информационную поддержку оказало Русское Балинтовское Общество и Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи. В мероприятии приняли участие 54 очных и 13 онлайн участников из Самары, Москвы, Санкт-Петербурга, Рязани, Казани, Ростова, Краснодар, Новосибирска, Владивостока, Перми, Стерлитамака, Новокуйбышевска и Тольятти.

В работе этой организации принимает участие и В.А. Винокур, что говорит о развивающемся сотрудничестве этих структур.

### **МЕТАМЕТОДИЧЕСКИЙ (ОБЩИЙ) ПОДХОД ЛУИ ВАН КЕССЕЛЯ В РОССИИ**

В теории Луи ван Кесселя супервизия представлена как метаметодический подход, также называемый «общим», а иногда «интегрированным» или «комплексным (всесторонним)»<sup>32</sup>. Подход, который предлагает индивидуальное и связанное с практикой профессиональное развитие широкому спектру специалистов в области социальных (человеко-ориентированных) услуг и их руководителям, а также будущим специалистам, которые участвуют в образовательной программе по этому вопросу.

По Луи ван Кесселю, интегрированное функционирование в профессиональной практике – главная и конечная цель супервизии – может быть освоено, только если специалист сделает личное и конкретное выполнение профессиональных задач предметом своей постоянной рефлексии. Супервизия, затем, также должна быть ориентирована на действия. Супервизируемый переносит полученные посредством рефлексии инсайты на рабочую ситуацию, решая с их помощью профессиональные задачи.

Он двигается далее по своему профессиональному пути как личность-профессионал. И одно невозможно без другого!

Историю о том, как данный подход пришел в Россию, на наш взгляд, стоит начать с того момента, когда я (Меновщиков В.Ю.) начал изучать супервизию. В апреле 1997 произошло одно суперсобытие, по сути, определившее все последующее, связанное с Луи ван Кесселем. Я, в то время директор государственного Пермского областного центра психолого-педагогической помощи населению, был на обыч-

---

32 Ранее Луи ван Кессель, наряду с термином The Dutch Concept of Supervision (голландская модель супервизии), использовал термин Generic Approach of Supervision (общий, универсальный подход).

ной планерке у заместителя председателя Комитета социальной защиты населения – Зинаиды Петровны Замараевой. Планерка прошла как обычно. А вот в момент, когда я уже собирался отправиться восвояси, Зинаида Петровна остановила меня вопросом: «Виктор Юрьевич, а вы разве не идете на тестирование?». Я удивленно захопал глазами, ибо ни о каком тестировании не знал... Оказалось, что в Комитет приехал австрийский гость – Представитель благотворительной организации – KEAR OSTERPAIX – Франц Кумпль.

Франц и проводил тестирование в одном из залов Комитета, с целью отбора группы пермских социальных работников для обучения супервизии в Австрии.

Велико же было мое удивление, когда где-то в конце мая, меня вызвали в Комитет и сказали, что я успешно прошел тестирование и в числе еще, 4 человек (из 50 тестируемых) направляюсь на обучение супервизии в Австрию.

И осенью 1997 года, мы начали в городе Вена, что называется, получать по полной – и учебных знаний, и просто человеческих впечатлений... Среди наших учителей оказались три психотерапевта, супервизора – Карл Дворак, Питер Хексель, Гертрауд Червенка, их периодически дополняли временно приглашенные лектора.

Среди них был даже знаменитый, и уже далеко не молодой, профессор Рауль Шиндлер (ему было тогда 74 года), автор одной из концепций групповой динамики.

Программа супервизорской подготовки была абсолютно эклектичной по содержанию и преподаваемым нам практическим навыкам...

Мне иногда и сейчас задают вопрос, а как же мы учились в Австрии – на немецком языке? Да, язык наших преподавателей был исключительно немецким, но каждое их слово было переведено нам нашей замечательной переводчицей – профессором Венского университета - Эмилией Крауснекер. По-русски Эмилия говорила, пожалуй, лучше нас. Без всякого акцента и с пониманием значения самых тонких оттенков русской речи... Светлая ей память!

В ноябре 1999 мы, в очередной раз вылетели в Австрию на заключительную сессию программы обучения супервизоров. Все было успешно завершено, в том числе написана и сдана выпускная работа.

Сам Луи пишет о себе следующее: «Будучи супервизируемым, я познакомился с супервизией в 1969 году и начал практиковать супервизию в 1972 году. В 1981 году меня назначили лектором по программе подготовки супервизоров в Нидерландах. В последующие годы я смог расширить деятельность в качестве супервизора и тренера для супервизоров в разных европейских странах, а в 1997 году я стал президентом-основателем ANSE (Ассоциации национальных организаций по Супервизии в Европе).

(Таким образом, 1997 год – первая точка нашего пересечения с Луи. На открытии ANSE присутствовала моя соученица из группы обучающихся супервизоров – Светлана Борисова. То есть мы узнали о ANSE практически из первых рук).

Я (Меновщиков В.Ю.) познакомился с Луи в 2000 году, когда он, будучи президентом АНСЕ (Европейской ассоциации супервизоров), проводил в Мюнхене первую конференцию супервизорских организаций Европы. Луи сразу же привлек мое внимание масштабом своей личности и фигуры, принимающим и понимающим стилем общения.

В какой-то момент, в конце конференции между нами возникла симпатия и профессиональный интерес, который был реализован в скором времени с приездом Луи в Россию в феврале 2001 года.

Практически 14 лет после этого мы не общались, поскольку я уходил из психологической сферы на работу в бизнес-структуры и переехал в 2003 году из Перми в

Москву для того, чтобы поступить в докторантуру.

Луи так комментирует в своей книге дальнейшие события: «В этом месте мне особенно хотелось бы отметить Виктора Меновщикова. Он дал мне явный толчок к публикации этой книги... В 2015 году он снова обратился ко мне с просьбой провести лекцию и семинар по супервизии в Москве. Предполагалось, что оба мероприятия заложат основу для создания двухгодичного курса последипломной подготовки супервизоров в России. Это действительно началось в 2018 году и состояло частично из семинаров в Москве и частично параллельно организованных онлайн-вебинаров. Проведение этой программы с участниками, желающими узнать о супервизии и улучшить свои методы супервизии, было очень вдохновляющим для развития ранее опубликованных идей и дополнения их новыми идеями и темами. Вот почему я также благодарен участникам этого учебного курса за то, что они предложили мне эту интересную возможность».

По сути, благодаря доброй воле Луи ван Кесселя, инициативе и любви к профессии супервизора нам удалось подготовить в России два выпуска супервизоров, владеющих его методом, и объединить их в 2020 году в Национальную ассоциацию супервизоров (России).

Статьи учеников Луи (Н.А. Дарчиевой-Панфиловой, В.А. Михайлова, М.А. Жигулиной, О.А. Плющевой, О.Н. Журавлевой, Е.В. Рязанцевой) представлены далее в этом альманахе, как и его материалы, посвященные метаметодическому подходу и супервизии как самостоятельной дисциплине.

## Литература

### Раздел 1. Психоаналитическая супервизия

1. Белкин А.И., Литвинов А.В. К ИСТОРИИ ПСИХОАНАЛИЗА В СОВЕТСКОЙ РОССИИ
2. Беркутова В.В. История становления психоанализа в России в начале XX века // Психологическая газета. 05.02.2024
3. Слабинский В.Ю., Воищева Н.М. Рождение и развитие психотерапевтического метода (к 125-летию со дня рождения В.Н. Мясищева) // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 5 (52). С. 1.
4. Шилкина И.С. Психоанализ в послереволюционной России (1920–1930-е годы) // Россия и современный мир. 2019. № 3 (104). С. 108–129<sup>33</sup>.
5. Шукуров Д.Л. Образы деструкции в психоанализе и в философии В.С. Соловьёва // Соловьёвские исследования. 2012. № 2 (34). С. 65–80.
6. Bibring, E. (1937). Methods and Techniques of Control-analysis. Report of second Four Countries Conference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18(4), 369-371.
7. Fleming, J. & Benedek, T. F. (1983). *Psychoanalytic Supervision: A Method of Clinical Teaching*. New York: Basic Books. (1st ed. 1966. New York: Grune & Stratton).
8. Frawley-O'Dea, M. G. & Sarnat, J. E. (2001). *The Supervisory Relationship: A Contemporary Psychodynamic Approach*. New York: Guilford Press.
9. Freud, S. (1914). On the history of the psycho-analytic movement. In *Collected papers*, Vol. 1, pp. 287-359. London: Hogarth Press.
10. Szecsödy, I. (2008a). Prologue. *Psychoanalytic Inquiry*, 28(3), 257-261.

11. Watkins, C. E., Jr. (2011). Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256.
12. Watkins, C. E., Jr. (2013). The Beginnings of Psychoanalytic Supervision: The Crucial Role of Max Eitingon. *The American Journal of Psychoanalysis*, 73(3), 254-270.
13. Wiener, J., Mizen, R. & Duckham, J. (Eds.) (2002). *Supervising and being supervised: A practice in search of theory*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

## **Раздел 2. Супервизия в гештальт-терапии**

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Супервизия в практике последипломной подготовки клинического психолога, психотерапевта и психиатра // Материалы междунауч.-практ. конф. Санкт-Петербург, 30 сентября – 1 октября 2010 г. – СПб.: ООО «Сенсор», 2010. – С. 152-154.
2. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 223 с.
3. Городнова М.Ю., Александрова Н.В. Проблемы супервизии в детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии // Материалы всероссийской науч.-практ. конф. с междунауч. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» Москва, 24-25 ноября, 2011 г. – С. 207-214.
4. Калитеевская Е.Р. «Супервизия – это творчество, а не технология» // Психологическая газета. 26.12.2022.
5. Третьяк Л.Л. Клиническая супервизия в гештальт-подходе: общие принципы и алгоритмы / Л. Л. Третьяк. - (Теория). - Текст : непосредственный // Журнал практического психолога. - 2016. - № 4: Специальный выпуск: Супервизия: истоки, идеи, интересы. - С. 81-88.

## **Раздел 3. Супервизия в КПТ**

1. Бек Аарон Т. Научный редактор перевода: Дмитрий Викторович Ковпак  
Редактор перевода и переводчик: Альберт Муртазин 60-летняя эволюция когнитивной теории и терапии - Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии /
2. Дж.Бек, «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям», Изд-во «Питер», 2018.
3. Дмитрий Ковпак: мы видим усиление роли клинической психологии // Психологическая газета. 26.09.2018

## **Раздел 4. Супервизия в системной семейной терапии**

1. Варга А.Я. СУПЕРВИЗИЯ В КЛАСИЧЕСКОЙ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ // «Психология и психотерапия семьи» Выпуск: №1, 2019 Страницы: 21-28 Раздел: практика URL: <https://familypsychology.ru/varga-a-ya-superviziya-v-klassicheskoy-sistemnoj-semejnoj-psihoterapii/>
2. Варга А.Я. (в соавт. - Г. Будинайте, С. Климовой, Л. Микаэлян, Е. Фисун) Профессиональная супервизия для семейных психотерапевтов. 2022

## **Раздел 5. ПОЛИМОДАЛЬНАЯ СУПЕРВИЗИЯ**

1. Лях И.В. История создания полимодальной супервизии / Лях И.В. Полимодаль-

ная супервизия. История становления | Ассоциация супервизоров и консультантов

2. Лях И.В. Препятствия развитию супервизии в России // Человек в эпоху перемен. Вызовы настоящего, построение будущего: материалы IV Съезда психотерапевтов, психиатров, психологов и консультантов Сибирского Федерального Округа. Новосибирск, - 2015. URL:
3. <http://www.supervis.ru/content/94925786-lyah-i-v-prepyatstviya-razvitiyu-supervizii-v-rossii>

## **Раздел 6. ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ СУПЕРВИЗИИ**

1. Жигулина М.А. Супервизия в Человекоцентрированном подходе // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 – С. 68-73.
2. Залевский Г.В. Психологическая супервизия (учебное пособие). М.: Юрайт. – 2019 – 176 с.
3. Кулаков С.А. «Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии» Речь, 2002.
4. Кулаков С.А. «Супервизия в психотерапии», третье издание, дополненное, 2022.
5. Меновщиков В.Ю. Что я знаю о супервизии в человекоцентрированном подходе? // Ежегодник по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу - 2021. Том 3. / Под ред. А.Б. Орлова, В.В. Колпачникова, В.Ю. Меновщикова – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021 – С. 121-130.
6. Орлов, А. Б., Орлова, Н. А. (2011) Включенная супервизия как супервизия «par excellence». Консультативная психология и психотерапия, № 4 (71), с. 5–24.
7. Тарарина Е. «Супервизия в арт-терапии: сложные случаи и деликатные темы в работе психолога». 2018.
8. Федоряка Д.А. «Супервизия в психотерапевтической практике», 2017.
9. Шерягина, Е. В. (2020) Полифоническая модель супервизии ФЕ Василюка. В кн.: II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Психологический институт Российской академии образования». №1. С. 269–272.
10. Щукина Ю.В. Актуальные проблемы супервизорской практики // Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи ИЭП МГППУ/ под ред. И.А. Баева. М.: Экон-информ, - 2011. - С. 178-202

## **Раздел 7. БАЛИНТОВСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ**

1. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: Учебное пособие. Спб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998.
2. Винокур В.А., Губачев Ю.М. Балинтовские группы в системе последипломной подготовки врачей // Клиническая медицина. 1996. №5. С. 71-73.

3. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы : учебное пособие / В. А. Винокур. – Санкт Петербург : СпецЛит, 2015. –191 с
4. Винокур В.А. Супервизия в балинтовских группах – предпосылки и необходимость развития / Психологическая газета. 14.04.2017
5. Зачепиский Р.А. О балинтовских группах // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. П.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 1985. С. 148-156.
6. Меновщиков В.Ю. Гуманистическая модификация Балинтовской группы в Интернете //Психологическое консультирование Онлайн. 2014. №4. С.77-94.
7. Токарев Н.А., Токарева Л.А. Балинтовские группы в подготовке и повышении квалификации работников МВД России: Методические материалы. Спб.: ИПК работников МВД России, 1997.

## **Раздел 8. МЕТАМЕТОДИЧЕСКИЙ (ОБЩИЙ) ПОДХОД**

1. Ван Кессель Л. ANSE – Европейская ассоциация супервизоров: история, цели, задачи //Психологическая газета 21.07.2023
2. Ван Кессель Л. Супервизия: необходимый вклад в качество профессиональной деятельности на примере концепции супервизии, применяемой в Нидерландах //Психологическая газета 31.07.2023
3. Ван Кессель Л. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере человеко-ориентированных услуг / Под научной ред. В.Ю. Меновщикова, В.А. Михайлова. Пер. с англ. – М.: ФПК Онлайн-Институт, 2024 – 480 с.
4. Ван Кессель Л., Меновщиков В.Ю. Роль научных исследований в супервизии // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2023. Том 2. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023 – С. 159 -164.
5. Баранов Д.Н. Развитие компетенций супервизора в калейдоскопической модели Л. Ван Кесселя // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 – С. 84-111.
6. Елакова С.В. Формирование профессиональной идентичности супервизора // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 - С. 112-124.
7. Кирсанова И.С. Роль супервизора в работе с психологами, находящимися в начале своего профессионального пути // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 - С.209 -228.
8. Меновщиков В.Ю. Классификация моделей супервизии и их значение для развития супервизорской практики в России //Психологическая газета 22.11.2022
9. Погибенко Л.Б. Супервизия как психологическое условие повышения стрессоустойчивости и профилактики профессионального выгорания // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю.

Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 – С.274-292.

10. Шутова Е.В. Использование калейдоскопической модели в супервизии специалистов помогающих профессий // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 – С.310-322.

## Реальность полимодальности: полимодальная психотерапия и супервизия в XXI веке

Идея полимодальной психотерапии волнует психотерапевтическое сообщество уже не одно десятилетие, и в настоящее время эта идея не теряет своей актуальности и остроты. Как отмечает В.А. Чупрова, «психотерапевтические подходы при их совместном воздействии дополняют и потенцируют действие друг друга» [18], влияя на широкий спектр терапевтических мишеней и формируя качественно иной подход. Понятия интеграции и мультимодальности, попытки определить модальности психотерапии, наиболее полно охватывающие и объясняющие личность и ее психическое страдание – все это встречает сложно преодолимые препятствия на пути к эффективному результату психотерапии. Как определить эти препятствия? В первую очередь в определении того, какие базовые концепции и модальности понимания человека и психотерапии являются наиболее эффективными в разрешении его трудностей и актуальной задачи. Тенденция образования новых модальностей в научно-практическом смысле также демонстрирует нам эту безудержную общую психотерапевтическую потребность. И отсутствие этой полимодальной ясности вызывает методологическую путаницу и сомнения. Понятие полимодальной психотерапии, с нашей точки зрения, стоит рассматривать в контексте общего понятия полимодальности.

Термин «полимодальности» семантически включает в себя два под-понятия: «поли» и «модус». «Поли... (от греч. *polys* – **многий, многочисленный, обширный**) – первая составная часть сложных слов, указывающая на множество, всесторонний охват или разнообразный состав чего-либо» [13]. Если с определением «поли» не возникает сложностей, то понятие модуса требует более детального анализа.

Сам по себе термин «модус» (лат. *modus* – **мера, способ, образ, вид**) в нашем мире имеет достаточно большое количество толкований. Наиболее часто сейчас этим термином пользуются не психологи – этот термин имеет отношение и к музыке, и к юриспруденции, и к лингвистике, и многим другим областям. Мы считаем, что современная философия напрасно отказывается от ядерного понимания этого термина. Приведем определение Б. Спинозы: «Модус – это состояние субстанции, то, что существует в другом и представляется через это другое, это необходимое следствие атрибутов» [14; 15].

Почему это представляется важным? Занимаясь психотерапией и психологическим консультированием, а также супервизией в XXI веке, мы оказываемся в весьма сложной ситуации – разнообразие, разноплановость наших клиентов и пациентов, разнообразие способов формирования их страдания нарастает с каждым годом. Более того, у нас появился еще один фактор, ухудшающий диагностику – это легкодоступность информации. То есть фактически к нам приходит пациент/клиент, который уже очень много чего прочитал про себя, поставил себе диагноз и совершенно уверен не только в том, от чего он страдает, но и в том, в какой помощи он нуждается, и порой даже точно знает, какой именно специалист ему поможет. Особой беды в этом нет, если наш клиент/пациент сделал действительно правильный анализ и не ошибается. Бывают чудесные процедуры излечения, которые наиболее известны нам в ра-

боте с фобическими состояниями, многочисленной палитрой невротических состояний и большим количеством кризисов, когда обратившийся нуждается в некотором символическом подкреплении верности той модальности, в которой он разрешил свою ситуацию.

Вернемся еще к определениям модуса. «Модус – это свойство предмета, присущее ему только в некоторых состояниях, зависящее от окружения предмета и тех связей, в которых он находится. Модус противопоставляется атрибуту, потому что атрибут – это неотъемлемая часть предмета, а модус зависит и выражает эту зависимость от единичных вещей, субстанций. Модус трактуется как некое единичное проявление некой субстанции, то, что живет в другом и представляется через другое» [5]. Да, философическое определение, но мы можем это интерпретировать как конкретное применение наших модусов восприятия. У нас сформировано замечательное полимодальное междисциплинарное пространство. И проблему пандемии COVID-19 можно рассматривать с разных модусов: как проблему вирусологическую, неврологическую, психологическую, проблему когнитивных искажений, дефицитов восприятий. Рассматривая эту проблему с социальной стороны, анализ направлен на взаимодействия разных социальных групп, а далее – перехода от макрообобщений к индивидуальным и рабочим выводам, с накоплением катанестических эпидемиологических и экономических данных разворачивается в историческом контексте.

Для полимодальной психотерапии и супервизии одним из важнейших определений модуса является определение модуса восприятия. В соответствии с перцептивными каналами выделяют обонятельный, осязательный (тактильный), вкусовой, зрительный и слуховой модусы [11]. Однако сам по себе модус – это не способ перцепции, а метод получения информации и ее осмысления. Модус перцепции есть модус расшифровки полученной информации, единиц перехода из объекта в «истинный смысл», которым человек пользуется.

Например, у музыкантов и композиторов настолько отточены модусы гармонических восприятий, что они способны услышать мелодию мотора, симфонию шума толпы – у таких людей натренирован модус восприятия звука. С появлением онлайн-психотерапии, консультирования и супервизии в XXI веке модус восприятия звука приобрел важнейшее значение. Чем больше мы работаем онлайн, тем важнее аудиальное восприятие наших клиентов, тем важнее слышать, как они интонируют и дышат, как используют слово. Известно также об аудиальной невербальной и паравербальной подстройке специалиста к клиенту. Это умение строить свою вокализацию, свои голосовые коммуникации с учетом особенностей вокализации клиента. В таком взаимодействии с клиентом специалист воспринимает не только его речь, но и образы, эмотивные содержания, которые создает его клиент своей речью. В этой точке психотерапевт и супервизор автоматически становится полимодальным, поскольку он задействует сразу несколько модусов восприятия и воссоздаёт переживание клиента или супервизанта по его истории. За счет имеющихся смыслов наша психика фактически осуществляет взаимодействие. Мы строим метамодель понимания своего клиента через малые значения, через свои модусы новых смыслов. Модус – это не просто часть какого-то смысла, не априорная его часть, а ситуативная конвенциональная часть смысла, который нам передает клиент. Невозможность гармоничной расшифровки этих смыслов воспринимается нами как не конгруэнтность или даже подозрительное несоответствие (ложь) со стороны клиента или супервизанта. Известно, что разные программные средства по-разному обрабатывают и передают звук и у специалистов формируются предпочтения разных средств в онлайн-коммуникации, порой не полностью осознано.

Обратимся к определению модуса в музыке. С.Н. Лебедев определяет: «Модус – ритмическая фигура (формула), в совокупности всех её длительностей образующая счётную единицу трехдольного метра (мензуру); повторяющиеся модусы группируются в ряды (лат. ordines), отделяемые друг от друга паузой. В западной музыкальной науке модусом называют любой монодический лад модального типа» [7]. Если мы проинтерпретируем данное определение с точки зрения психотерапии и супервизии, то обнаружим, что оно очень близко к пониманию терапевтических модусов, которые составляют ту или иную психотерапевтическую модальность. Это, как если бы мы рассматривали, например, модус переноса и раскладывали его на составные части – формулу, или монодический лад позволяющий определить его непроявленные свойства. Тогда сама психоаналитическая модальность предстает как уникальная «симфония», состоящая из множества специфичных мелодий – «музыкальных» модусов. Данная интерпретация подтверждается высказыванием Ю.Н. Холопова: «Так же как мелодия есть первичная форма музыки, модальное одноголосие – это первичный тип развитой ладовой структуры, в некоторых музыкальных культурах составляющий все богатство звуковысотных отношений» [17].

Теперь обратимся к определению модуса в лингвистике. Как пишет О.А. Кобрин: «Модус в лингвистике представлен как авторство – функциональное представление для выражения той стороны смысла, которая определяется именно авторством, т.е. как авторство функционально представлено в языке, какими характеристиками или свойствами оно обладает, как используется в коммуникативных целях и какие категориальные характеристики и аспекты оно способно выражать» [6]. Чтобы по-настоящему понять смысл лингвистического определения, обратимся к трактованию модуса у Ш. Балли. Он выделял модус в области речевой деятельности как эталонную единицу высказывания, где часть высказывания, которая выражает смысл, называется диктумом, а часть, выражающую процесс психической рефлексии над этим представлением – модусом. Ш. Балли отмечает, что модус присутствует в любом высказывании наравне с диктумом и является «душой» предложения, т.е. отражением авторства [1]. Так, мы можем установить, что модус связан со структурой, где показано отношение говорящего к происходящему. С этим определением соглашается С. Jewitt, говоря о том, что взаимосвязи модусов демонстрируют представление, коммуникацию и взаимодействие как нечто большее, чем просто язык [19]. Исходя из лингвистического определения, в психотерапии и супервизии модус можно понимать как единицу контекстуального смысла. Той частью, которая приобретает своё значение в коммуникации субъекта с психологом, психотерапевтом, психоаналитиком, супервизором, другим профессионалом помогающих профессий.

Работая психологом или психотерапевтом, супервизором, врачом-интернистом, стремящимся развиваться и работать эффективно, специалист рано или поздно понимает, что страдание, симптом нашего клиента/пациента может иметь совершенно разные значения. На формирование этих значений влияет множество взаимосвязанных факторов, но определяющие из них:

- В каких модусах субъект воспринимает свое собственное страдание;
- Какие модусы являются для данного субъекта ведущими в его собственном восприятии.

Мы готовы утверждать, что полимодальность помогающих профессий XXI века – это необходимое качество каждого субъекта, независимо от того, кому и как он помогает в своей профессиональной стезе. Случаются ситуации, когда социальному

работнику временами надо уметь думать, понимать и действовать в рамках своей компетенции как врачу, а педагогу – как юридическому консультанту или психотерапевту. Сама причастность к помогающим профессиям, само профессиональное самоопределение – врач, психолог, супервизор, педагог, социальный работник и другие – выдвигает перед специалистом требование полимодальности собственно профессионального восприятия, выходящего за рамки узкопрофессионального.

Напомним, что сам по себе термин «полимодальность» в профессиональной психотерапевтической лиге появился достаточно давно. Исторически само название «полимодальной психотерапии» исходит из мультимодальной психотерапии А. Лазаруса [10]. У истоков полимодальной психотерапии в России стояли такие профессора отечественной психологии, как Макаров В.В., Завьялов В.Ю. и Катков А.Л. В настоящее время В.В. Макаров определяет полимодальную психотерапию как «метод психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, что образует на основе их достижений новую систему психотерапии» [10].

Мы предлагаем исходить из того, что определенные психотерапевтические открытия и соответствующие модусы психотерапевтического восприятия возникали у человека еще в древнейшие времена. В последствии они эволюционировали и становились традиционными. Сам по себе терапевтический набор модусов и свойства психотерапевта, способного воспользоваться этим набором – это процесс естественный. Нам известны традиционные модусы психотерапии, которые возникали как интуитивно правильные и эмпирически подтверждаемые находки еще у древних шаманов – первых психотерапевтов человечества. С этой идеей также согласится любая мать, которая убаюкивает своего ребенка, подбирая интонации своего голоса и ритм своих движений как наиболее успокоительные для него в данный момент.

С течением жизни практически каждый человек становится немного психотерапевтом, если он живет в социуме. Просто потому, что интуитивно и эмпирически он оснащает себя этими индивидуальными, специфическими модусами восприятия страдания чужой души, чужой психики, а также эмпирическими методами какого-то воздействия на это страдание и взаимодействия с ним. Мы говорим об этом в разделах социальной компетенции людей, которые могут грустить на похоронах и радоваться на свадьбах, и делают это уместно. При необходимости эти же люди могут радоваться на похоронах и грустить на свадьбах, если это уместно, что опять же говорит о наличии определенных модусов восприятия, которые детерминируют реакции, наиболее подходящие для достижения общих целей.

Прежде всего, полимодальность связана с психотерапевтической кухней – когда все способы и методы обучения психологии, психотерапии и психологическому консультированию были школьными. Так, гипнотизеры гипнотизировали гипнотизеров для того, чтобы лучше гипнотизировать других гипнотизеров, а психоаналитики анализировали анализантов для того, чтобы в результате получились более качественные психоаналитики. И супервизия в каждом из методов, не важно, в какой форме она применялась – индивидуальной, групповой, наставнической, – сводилась именно к тому, чтобы гипнотизер лучше гипнотизировал, устанавливал раппорт и становился более глубоким гипнотизером, а психоаналитик становился более аналитичным психоаналитиком. Вот это старое правило начала XX века – супервизия нужна для того, чтобы сделать из человека психотерапевта определенной направленности – в XXI веке столкнулось с дефицитом, проблемой. Какова эта проблема?

В соответствии с сознательным отражением действительности, которое осуществляется благодаря взаимодополняющей работе модусов, формируется *modus operandi* – образ действия, привычный для человека способ выполнения определенной задачи.

Модус как единица модальности определяет способ взаимодействия психотерапевта с клиентом, супервизора с супервизантом, а также с супервизионной группой. Модус – это то, на что направлено внимание психотерапевта и супервизора, и то, что он использует в своей работе для преодоления той или иной проблематики клиента, затруднения специалиста в работе с клиентом. Очевидно, что модусы определенной модальности имеют условную специфичность. Так, психотерапевт психоаналитической модальности имеет в своем профессиональном арсенале модус переноса, нлп-психотерапевт – модус глазодвигательного контакта, кбт-психотерапевт – модус когнитивно-опосредованного поведения и т.д. Обладая собственным набором личностных и профессиональных эмоциональных, когнитивных и поведенческих представлений, психотерапевт и супервизор должен быть способным к пониманию и отражению этих представлений у клиента и супервизанта, что составляет акт ментализации. Таким образом, модальность, в которой работает психотерапевт, можно охарактеризовать как систему вербализации ментализации другого – то, как специалист интерпретирует и объясняет происходящее с клиентом.

Традиционно супервизия осуществляется в той же модальности, том же наборе модусов, какой использует специалист. Однако в практике известно немало случаев, когда происходящее с клиентом сложно, а то и невозможно объяснить конструктами той модальности, в которой работает психотерапевт. Эта ситуация неизбежно приводит к необходимости расширения арсенала модусов и как следствие – выбору и использованию элементов других модальностей.

Главное достижение полимодальной супервизии – предоставление специалисту возможности посмотреть на проблему клиента и самого клиента, как субъекта, с точки зрения, отличной от устоявшейся в определенной модальности. Полимодальная супервизионная группа по определению включает в себя психологов и психотерапевтов разных модальностей, а иногда – и специалистов других помогающих профессий. Соответственно, в этой группе специалист получает несколько вербализаций ментализации. Вербализация ментализации становится некоторым отраженным концептом клиента – под этим мы имеем в виду био-психо-социо-культуральную концепцию страдания.

**Уметь строить био-психо-социо-культуральную концепцию страдания клиента, понимать, каким механизмом сформирована его болезнь – одна из основополагающих задач полимодального психотерапевта и супервизора.**

Формирование био-психо-социо-культуральной концепции страдания в профессиональной полимодальной супервизионной группе происходит особенным образом. Оно осуществляется через естественный отход от узкой терминологии профессионального языка и возврат к простому живому русскому языку. Это бывает очень полезным для специалистов, которые пытаются защищаться от клиентов с помощью теоретизации, интеллектуализации, рационализации, т.е. работают в сложных формализованных конструктах. Особенно это касается психоаналитиков, которые в силу специфики своей деятельности (абстинентность, нейтральность) зачастую утрачивают прямой контакт с клиентом, становятся более ригидными, иногда очевидно предвзятыми и ограниченными в толковании языка клиента. Сам факт формирования простого языка для понимания происходящего с клиентом, а также групповых

процессов, является очень ценным. Происходит своего рода профессиональный возврат к реальности, к общекультурной языковой среде. Эта идея подтверждается практикой профессиональной полимодальной супервизии. Некоторые специалисты полимодальной супервизионной группы прямо отмечают проявляющуюся у них способность слышать «полифонию» группы. Таким образом, концепция страдания клиента, которой руководствуется специалист в своей работе, начинает «звучать» по-новому. Очень часто благодаря специфическим возможностям для улавливания паравербальных эмотивных компонентов речи клиента/супервизанта.

А теперь вернемся к модусам. Выше мы определили, что необходимость более подробного исследования модусов и научного подхода к ним естественно сформировалась в самом начале возникновения психотерапии как социальной практики, еще со времен до Ж. Шарко. Если мы качественно понимаем, зачем это нужно, то это позволяет нам не только лечить клиентов, но и обучать специалистов, которые будут лечить их соответствующим методом. Понимание терапевтичности целой цепочки терапевтических модусов, в том числе модусов восприятия и *modus operandi*, нужно именно для формирования преемственности, передачи данных знаний. Здесь мы можем говорить о сложившемся *modus vivendi* психотерапевтов – образе и способе их жизни. Эти способы описаны профессиональным языком в соответствующих этических нормах, инструкциях, положениях и правилах, уставных и образовательных документах. Т.е. это то, в чем мы соглашаемся – да, это полезно для клиентов. Это составляет образ жизни психотерапевта, который позволяет ему сообщать о своей практике и быть эффективным.

Итак, знание и понимание набора модусов разных психотерапевтических модальностей нужно не только для самой психотерапии, но и для обучения ей. Совершенно неудивительно, что еще В. Франкл писал: «Сколько психотерапевтов, столько и психотерапевтических систем» [16]. Пока это так. Пока развиваются виды психотерапии, которые точно так же, как в древнейшие времена, основываются на осмыслениях и открытиях реальной практики. Но если мы посмотрим на актуальные проблемы в XXI веке, то мы можем обнаружить, что сколько клиентов, столько и видов психотерапии и психотерапевтов. Полимодальность нужна именно для того, чтобы в профессиональном наборе психотерапевта было достаточно модусов для восприятия страдания конкретного клиента – тогда он может качественно ему помогать.

Обобщая вышесказанное, мы можем привести схему важнейших составляющих определения модуса в полимодальной психотерапии и супервизии (рисунок 1).

Мы постулируем, что психотерапия полимодального направления – психотерапия, где главной целью является создание таких условий, чтобы человек испытывал облегчение, чтобы человеку становилось легче жить от взаимодействия с психотерапевтом. При этом мы имеем в виду, что главной целью психотерапевта является не изменение своих модусов перцепции, *modus operandi* и *modus vivendi*, а создание таких условий, чтобы *modus vivendi* самого клиента начинал меняться. Эта цепочка в чем-то выглядит аналогичной: отталкиваясь от модусов своего психотерапевта, клиент сам научается иначе понимать и формировать свои собственные модусы перцепции, *modus operandi* и *modus vivendi*. То же самое можно сказать о полимодальной супервизии в отношении того, как полимодальный супервизор, супервизант и группа формируют полимодальное представление о клиенте и его страдании. В связи с этим психотерапия может и не давать облегчение непосредственно в кабинете, но жизнь клиента и качество его жизни, тот самый *modus vivendi* клиента, могут претерпевать очень значительные изменения в результате совместного переживания с психотерапевтом.

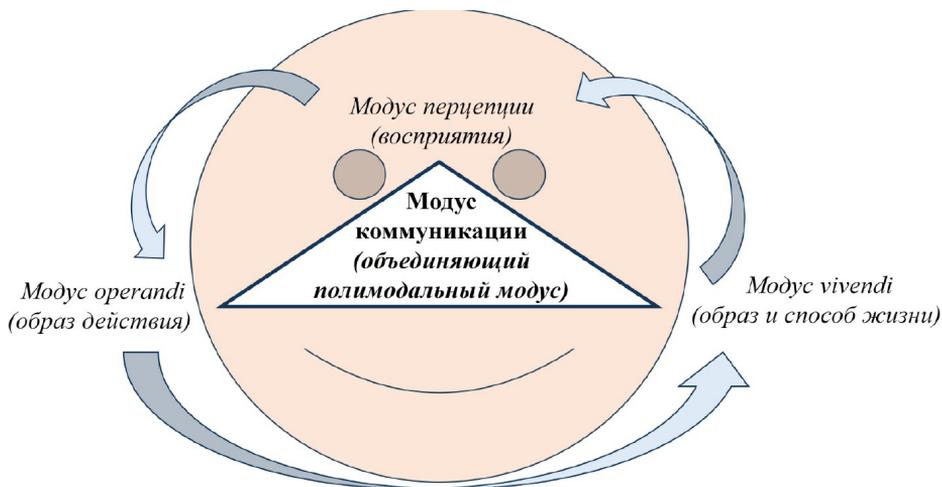


Рис. 1. Важнейшие определения модуса в полимодальной психотерапии и супервизии

Это положение базируется на том пространстве полимодальности, в котором специалисты становятся профессионалами, работают и развиваются.

Источниками полимодальности являются [9]:

1. Образование и система преподавания специальности. Выпускник психологического факультета изначально полимодален. Ему преподают и с него требуют знания множества направлений и психологических школ;
2. Реальность жизни клиента, тенденция расширять запрос при условии успешной работы специалиста. Часто после эффективной работы с одним запросом клиента, у него появляется новый запрос, для удовлетворения которого более эффективной может оказаться работа в другой модальности (например, переход от краткосрочной техники к аналитической). Реальность клиента динамична, и на прием к специалисту может попасть жена/муж, родители, ребенок, т.е. его родные и близкие, живущие в том же хронотопе, что и клиент, а также имеющие свои представления, образы мышления и действия и формирующие их, опираясь на иные модусы;
3. Полиморфизм клиентского запроса. Разные клиенты со сходным запросом имеют разные причины возникновения и механизмы формирования страдания, поэтому знание методов разных модальностей может быть полезным в работе с большим количеством клиентов. Большее количество клиентов будет понятно для психотерапевта;
4. Динамика изменений общественного сознания, «модные тенденции в профессии». Изменения в общественном сознании могут способствовать появлению или усилению в обществе интереса к той или иной модальности. Для сохранения и поддержания своего профессионализма специалист волей-неволей должен иметь представление о современных и «модных» направлениях психотерапии.
5. Желание специалиста развиваться. Стремление к познанию нового может способствовать появлению у специалиста интереса к освоению новых модальностей. Особенно это характерно в тех случаях, когда тот или иной метод психотерапии демонстрирует высокую эффективность в работе других специалистов;

6. Формирование глобального смыслового пространства. В XXI веке как никогда актуальным является формирование глобального информационного пространства, о чем мы писали выше. Специалисту необходимо быть в курсе глобальных процессов, в каком-то смысле контактировать с *modus vivendi* всего человечества.

Полиmodalность в работе психотерапевта и супервизора включает широкий диапазон уровней воздействия на осмысление страдания клиента и его восприятие у супервизанта «от обыденного сознания и ближайшего бессознательного до глубинного индивидуального и коллективного бессознательного и расширенного сознания» [3]. Однако не только психотерапевты и супервизоры способны оказать такое влияние.

Наряду с научной психотерапией, в XXI веке продолжают существовать ее традиционные и социальные формы. Несмотря на наше профессиональное высоконаучное высокомерие, мы живем в весьма сложном, интересном и конкурентном мире психотерапии. Мы конкурируем не только между собой, но и с разными школами, с разными социальными институтами. О степени «психотерапевтической силы» гадалок и шаманов не знает только ленивый. Известны и христианские психотерапевтические практики – это практики исповедальные, трансвые моленные, практики воздержания (так называемые посты) – они многочисленны и применяются толковыми пастырями и батюшками вполне индивидуально и субъектно. Школы и детские сады тоже берут на себя формирующую психотерапевтическую функцию, вспомнить хотя бы про инклюзию, цель которой – совершенствовать человечество. Мы можем вспомнить некоторые фирмы и коммерческие предприятия, которые используют психотехники в своей работе, у них буквально в слоганах есть «придя в нашу компанию, вы станете счастливыми и здоровыми». В современном мире мы все время конкурируем со средствами массовой информации – наши пациенты/клиенты регулярно получают психотравмы через СМИ, дополненные списками препаратов, механизмов и шампуней, которые их обязательно вылечат. Набор этих влияний практически бесконечен – сама культура постоянно берет на себя роль лекаря народа. Будучи полиmodalными психотерапевтами, мы обязаны отслеживать и учитывать эти влияния на наших клиентов – каким образом оно осуществляется, с какими целями и к каким результатам может приводить.

В психотерапии может происходить чудо. Чудо, которое клиент / пациент воспринимает как нечто очень значимое, как то, что он ищет. Это то, что имеет отношение к некоторому озарению, которое происходит в его жизни – о перемене смысла или нахождении смысла чего-либо в том, что некоторое время его мучило, фрустрировало, вызывало страдания. И после разрешения этого смыслообразования, которое полиmodalно по природе своей – эти истины клиентов расположены не в какой-то единственной концепции. Если они могут быть найдены в какой-то конкретной модальности, эти люди обращаются к модальным, школьным «мануальным» специалистам. Но часть клиентов явно кочуют – от гештальтиста к психоаналитику, от психоаналитика к гипнотизёру, от гипнотизёра к кбт-терапевту, или клиент-центрированному психологу. И сложность именно в том, что сам клиент не может категорировать свои поиски смыслов и сами смыслы в общепринятой конвенциональной парадигме.

Вот это нахождение единиц смысла, которое происходит в консультировании и психотерапии, важно для того, чтобы мы достигали задач, которые так или иначе фигурируют в запросе или в жалобе – в том, что артикулирует наш пациент / клиент. И то, на что его психика реагирует симптомообразующим образом. Если с этим удается

соприкоснуться в рамках полимодального восприятия – это то, что делает психотерапию в известной мере искусством. Именно полимодальность психотерапевта делает это искусством. Иначе у нас была бы единая мануальная технология, четкий регламент, и искусственный интеллект работал бы лучше. Нет – по факту этого не происходит. Потому что сама по себе эпистемологическая и гносеологическая задача, которую решает пациент / клиент в отношении своей жизни – она разворачивается в кабинете. И психотерапевт, психолог, пытаюсь понять клиента, всегда понимает его иначе, чем он сам. Недаром поэтому порой честно так и говорят: «Полечиться не У психолога, а ОБ психолога», предметно понимая, что те переживания, которые возможны с одним человеком, меняются с другим человеком, и в этом есть специфика поиска смысла.

Обратимся к современному философскому понятию «темная онтология». Сама по себе темная онтология – это онтология конечного материального мира, без мистификаций происходящего с человеком и идей о бесконечности вселенной, при этом постулирующая, что «в объектах мира есть что-то чужеродное, что непознанные глубины вещей скрываются от ограниченного человеческого познания» [4]. Впервые это понятие описал Леви Брайант, являющийся одним из представителей «плоской онтологии», в статье «Аксиомы Тёмной Онтологии». Цель своей работы автор видит в определении «ограничений или области определения, пределов, в которые актуальные проблемы сегодняшнего дня должны быть помещены, чтобы быть легитимными» [2].

С точки зрения полимодальной психотерапии, мы можем описать это так – соприкасаясь с чем-то, с каким-то смыслом, мы ощущаем это прикосновение, но определить, с чем именно мы соприкоснулись, мы не совсем в состоянии, в силу недостаточности контакта. В работе мы сталкиваемся с темной онтологией клиента. И он знает, что нечто действует, но он не знает, что это за нечто, его переживание. Если рабочий альянс достаточно качественный, то это нечто может осмысляться и определяться именно в контакте с психологом. То есть психолог выступает светлым объектом (это онтологическое определение), который каким-то образом концентрирует на себе способности и возможности клиента. И если психологу удастся быть этим светлым или ярким объектом, то смысл находится. Технически – это прямо полимодальная задача: как удерживаться в контракте, в контакте, именно сохраняя эти позиции, которые частично определили нашу профессионально-этическую позицию, какими-то инструкциями. Но это все равно отношение очень человеческое, оно полимодальное. Оно позволяет уже психологу создавать некую, в известном смысле, плоскую онтологию переживаний пациента / клиента. Мы понимаем, что эта иерархия переживаний тоже может быть своего рода проблемно-образующей. В психоанализе, например, это определяется как сопротивление забалтыванием, когда клиент будет соприкоснуться с чем-то плохим, болезненным, клиент говорит о чем-то отвлеченном, ином, понимая, что он тратит время, что он избегает соприкосновения с этими темными смыслами.

Сам механизм взаимодействия с этими смыслами тоже может быть рассмотрен в ходе работы, и если удастся рассмотреть механизм взаимодействия клиента с его смыслами, то это по меньшей мере продвигает коммуникацию, контакт. Но смысл может быть определяем и расположен в таких областях, в которых у пациента и у психолога, у психотерапевта, еще нет конвенционных соглашений. И вот это парное смыслообразование, парная гносеология – мы совместно познаем этот мир, при этом частично являясь метафорическим объектом для клиента – она может быть осмыслена только широким смыслом, не предвзятым узкими модальностями, заужающими границами осмысления. Схематически такой профессиональный контакт представлен на рисунке 2.

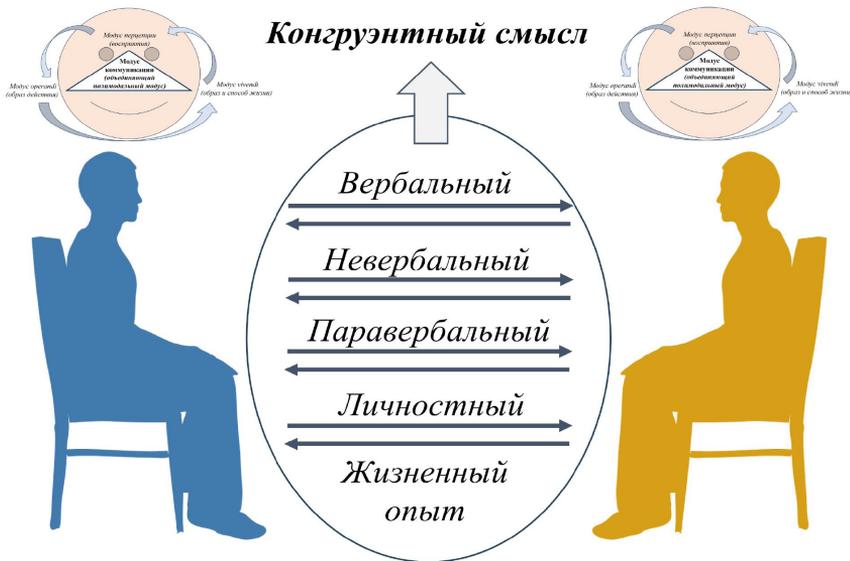


Рис.2. Полиmodalность в профессиональном контакте «специалист-клиент»

Для определения актуальности использования полиmodalного подхода в психотерапии нами было проведено коллегиальное исследование. Исследование было направлено на анализ встречаемости и соотношения полиmodalного, моноmodalного и эклектического подходов в психотерапии, которые используют психотерапевты и психологи в своей работе в настоящее время. Под эклектическим здесь мы имеем в виду бессознательную полиmodalность или бессознательное стремление к ней, когда специалист обозначает несколько подходов или modalностей, в которых он работает.

- **Гипотеза исследования:** сознательный и бессознательный полиmodalный подход в психотерапии является ведущим методом, используемым психологами и психотерапевтами, в условиях современного мира и российской полиmodalной действительности.
- **Цель исследования:** исследовать соотношение полиmodalного, эклектического и моноmodalного подходов в психотерапии, используемых психологами и психотерапевтами в своей работе.
- **Объект исследования:** психотерапевтические подходы психотерапевтов и психологов.
- **Предмет исследования:** соотношение полиmodalного, эклектического и моноmodalного подхода психотерапевтов и психологов.

Нами было проанализировано три открытых информационных источника, содержащих презентационные списки психотерапевтов и психологов:

1. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ). Раздел «Психотерапевты и психологи ОППЛ». Города Новосибирск, Москва, Санкт-Петербург, Омск, Нижний Новгород, Екатеринбург и другие;
2. Сайт психологов «В17.ru». Раздел «Психологи», город Новосибирск;

3. Интернет-портал «Самопознание.ру». Раздел «Все консультанты», подраздел «Освобождение от страхов, фобий и неврозов», город Новосибирск. Выбранный нами подраздел определен с точки зрения его наибольшей приближенности к психотерапии.

Определение выборки осуществлялось методом рандомизации специалистов из общего презентационного списка конкретного информационного источника. Каждый из трех списков включал в себя 50 специалистов, общая численность выборки – 150 психотерапевтов и психологов. Отнесение специалиста к определенной модальности осуществлялось из самоопределения психолога/психотерапевта в личном профиле презентационного списка, а также методом анализа представленной информации.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительный анализ встречаемости полимодального, эклектического, мономодального подходов, используемых психотерапевтами и психологами

Информационный источник презентационного списка	Полимодальный подход	Эклектический подход	Мономодальный подход
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ)	40% (20 специалистов)	34% (17 специалистов)	26% (13 специалистов)
Сайт психологов «В17.ru»	26% (13 специалистов)	38% (19 специалистов)	36% (18 специалистов)
Интернет-портал «Самопознание.ру»	28% (14 специалистов)	32% (16 специалистов)	40% (20 специалистов)

По результатам исследования было выявлено, что ведущим подходом психотерапии у психологов и психотерапевтов в презентационном списке ОППЛ является полимодальный подход (40%, 20 специалистов), в презентационном списке сайта психологов «В17.ru» – эклектический подход (38%, 19 специалистов), в презентационном списке интернет-портала «Самопознание.ру» – мономодальный подход (40%, 20 специалистов). Обнаружено, что полимодальный подход как в сознательном (полимодальном), так и в бессознательном (эклектическом) применении является лидирующим у специалистов, представленных в списках ОППЛ и сайта «В17.ru», что частично подтверждает нашу гипотезу о полимодальном подходе как ведущем среди психологов и психотерапевтов. Нельзя также сбросить со счетов институирование полимодальной супервизии и личной терапии в Профессиональной Психотерапевтической Лиге.

Интересными представляются результаты, полученные при исследовании презентационного списка интернет-портала «Самопознание.ру». Ведущая встречаемость мономодального подхода в списке «Самопознание.ру» (40%, 20 специалистов) абсолютно равна встречаемости полимодального подхода в списке ОППЛ (40%, 20 специалистов), и примерно равна встречаемости эклектического подхода в списке сайта «В17» (38%, 19 специалистов). С одной стороны, это можно проинтерпретировать как обусловленность спецификой проблематики (страхи, фобии и неврозы), когда специ-

алисты работают в определенной модальности в соответствии с эффективностью разрешения этого страдания, которую специалист определяет на основании общего прошлого опыта работы в этой модальности других специалистов и своего собственного опыта. Также вероятно, что это проявление конкуренции специалистов моно-модального и полимодального подходов, в том числе по определяемой в обществе моде на те или иные модальности. С другой стороны, с психоаналитической точки зрения это можно проинтерпретировать как бессознательный протест против полимодальности как явления, которое очевидно существует в реальности клиентов.

Таким образом, гипотеза исследования была подтверждена частично: сознательный и бессознательный полимодальный подход в психотерапии является ведущим методом, используемым психологами и психотерапевтами в условиях современного мира и российской полимодальной действительности в двух презентационных списках из трех.

Мы постулируем, что стремление специалистов к расширению арсенала используемых подходов психотерапии обусловлено не конкретными достижениями и эффективностью определенных модальностей, а стремлением к глубокой полимодальности. К всеохватывающему и глубокому пониманию клиента и его страдания, а также качественной помощи ему.

Еще один важный момент для понимания профессиональной полимодальной психотерапии и супервизии. Для того, чтобы быть эффективным и профессиональным полимодальным психотерапевтом и супервизором, специалисту нужно иметь широкий и глубокий собственный опыт переживания, в том числе переживания самотерапии или терапии себя другим человеком. Тогда специалист становится способным применять это знание достаточно эффективно к другим людям. Кроме этого, полимодальному специалисту необходимо учиться «снимать» идею, строить концепцию страдания другого человека. Это позволяет нашему мозгу включать метод аналогий, и мы можем применить по аналогии какие-то техники, приемы, подходы к определенному клиенту. Прежде всего по аналогии с собственным опытом, плюс по аналогии наблюдения за людьми, непохожими на нас, но с которыми мы видели, как что-то сработало. Отсюда еще один важный вывод – помимо личной терапии, необходим опыт работы в группах. Именно в группе становится возможным увидеть, как что-то работает с теми, кто на нас не похож, и тогда этот опыт можно задействовать в работе. Для того, чтобы быть эффективными в этом процессе, конечно же надо совершенствовать свою способность строить модели и концептуализации.

Целью настоящей статьи является донесение того факта, что каждый из нас уже полимодален в своем восприятии и если вы открыты новым опытам, то совмещение разных психотерапевтических технологий и модальностей не будет для вас проблемой. Известно, что после психоанализа, который сам по себе не гипноз, появилась целая группа психотерапевтических направлений, которые были «антипсихоанализами» – это и когнитивно-бихевиоральная психотерапия, и транзактный анализ, и гештальт-терапия, и многие другие технологии. Таково научное мышление: для того, чтобы изобрести что-то новое, нам нужно отличаться. Но то, что мы научаемся отличаться, вовсе не значит, что прошлые достижения надо обязательно отрицать. Если вы научаетесь принимать прошлые достижения и пользоваться ими, то вы сможете и сказку для клиента составить, и какие-то простые телесные техники ему предложить, и интерпретацию по необходимости в зависимости от глубины создать, и отношения выстроить так, чтобы ваши клиенты понимали, что встреча с вами – это что-то важное и особенное, это уникальный опыт, который помогает повышать качество жизни.

## Литература

1. Балли Ш. Общая лингвистика и вопросы французского языка – М.: Изд-во иностранной литературы, 1955. – 416 с.
2. Волков Е.В. Аксиомы Тёмной Онтологии / Леви Брайнт [Электронный ресурс], 2015. – [https://evolkov.blogspot.com/2015/10/blog-post\\_12.html](https://evolkov.blogspot.com/2015/10/blog-post_12.html) Дата обращения: 20.12.2024
3. Завьялов В. Ю., Катков А. Л., Макаров В. В., Макарова Г. А. Система полимодальности // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2006. – Выпуск 50, № 12. – С. 2.
4. Заньковский А.В. Ситуация метамодерна в контексте поворота к нечеловеческому // Нева. – 2022. – № 7. – С. 178-206.
5. Ивин А.А. Философия: энциклопедический словарь – М.: Изд-во Гардарики, 2004. – 1072 с.
6. Кобрин О.А. Специфика коммуникативной категории модуса // Вопросы когнитивной лингвистики. – 2011. – № 1 (026). – С. 70-74.
7. Лебедев С.Н. Модус [Электронный ресурс] / Большая российская энциклопедия. Электронная версия, 2017. – <https://bigenc.ru/music/text/2222320> Дата обращения: 20.01.2022
8. Леонтьев А.Н. Ощущения и восприятия как образы предметного мира // Познавательные процессы: ощущения, восприятие. – М.: Изд-во Педагогика, 1982. – С. 33-50.
9. Лях И.В. Полимодальная супервизия: практика для практиков // Семья в XXI веке: материалы международного экспертного симпозиума (28 ноября - 2 декабря 2013 г.) – Новосибирск: Изд-во Манускрипт, 2013. – С. 65-72.
10. Макаров В.В., Назлоян Г.Г. Арт-терапия психических расстройств (портрет, автопортрет, бодиарт) – Самара: Изд-во Самарский университет, 2014. – 99 с.
11. Некрасова Е.Д. Когнитивная обработка языковых стимулов в условиях бимодального аудиовизуального восприятия: дис. канд.филос.наук, 2016. 239 с.
12. Потапова В.А. Полимодальная психотерапия, интеграция методов в лечении шизотипического расстройства // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 47-48.
13. Прохоров А.М. Большой энциклопедический словарь – М.: Изд-во Советская энциклопедия; СПб.: Изд-во Ленинградская галерея, 2002. – 1628 с.
14. Спиноза Б. Этика – М.: Изд-во АСТ, 2001. – 336 с.
15. Степин В.С. Новая философская энциклопедия – М.: Изд-во Мысль, 2010. – 744 с.
16. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2011. – 105 с.
17. Холопов Ю.Н. Гармония: теоретический курс – М.: Изд-во Лань, 2003. – 544 с.
18. Чупрова В.А. Групповая полимодальная психотерапия шизотипического расстройства: дис. канд.мед.наук, 2012. 205 с.
19. Jewitt C. (ed.) The Routledge Handbook of Multimodal Analysis. – London: Routledge, 2009. – 340 pp.

## Феномены групповой динамики в очной супервизии

**Очная супервизия** – формат супервизии, в рамках которой присутствует клиент и работа группы направлена на терапевтическую сессию.

В рамках своей полимодальной супервизионной группы 1 раз в месяц я предоставляю возможность обычным людям на бесплатной основе прийти на психотерапевтическую сессию к начинающему дипломированному специалисту под супервизионным надзором. В дальнейшем этому клиенту предоставляется три оплаченные мною сессии с практикующих дипломированным психологом.

Это важно упомянуть, так как выйти в демонстративном режиме в психотерапевтическую работу готов не каждый клиент, и здесь мы сразу для себя понимаем, что клиент будет иметь истероидный радикал.

В рамках проекта к нам обратилась женщина 45 лет.

Сын – 24 года, дочь – 19 лет

В браке, с супругом имеют совместный бизнес

Запрос – много обиды на сына, разобраться и отреагировать эти чувства

Рассказ: *Сына очень любила, предполагала, что у него ЗПР или умственная отсталость, но к специалистам не водила для постановки диагноза. Училась за него в школе, делала все домашние задания, в 9 классе договорились в школе каким-то образом, чтобы он сдал ОГЭ на минимальные баллы. После этого отправили его учиться за границу. Заграницей он не посещал занятия, начал купить марихуану, далее перешел на более тяжелые наркотики. Поехали с мужем, положили его в клинику, открыли там бизнес, чтобы он, выйдя после лечения имел возможность зарабатывать и заниматься бизнесом. Он бизнес разорил, и родители забрали его домой. Вернувшись домой купили ему квартиру. Он живет один, не работает, употребляет. Клиентка рассказывает о своей обиде на сына, что он не оправдал ее ожиданий, что она давала ему столько в жизни, а он ничем не воспользовался и опозорил ее перед всеми родственниками и друзьями. Часто фантазирует, что он умрет в помойной яме. «Надо воспринимать сына, а я не могу». О дочери рассказывает с упоением, как о успешной реализации своего материнства.*

Рассказывала о случае, когда ехала из театра и смотря в окно наблюдала бездомных людей и подумала, что однажды она так же найдет своего сына в помойной яме.

### Динамика

- Клиентка подключилась к сессии под чужим именем до назначенного времени- посмотрела на всех и отключилась. Условно подсмотрела за тем, кто будет присутствовать во время сессии, высокий уровень тревоги и контроля.
- В начале сессии супервизор обратилась к терапевту- «наш супервизор на сегодня» – подмена ролей, перекалывание ответственности- в дальнейшем это проявилось в желании матери переложить ответственность за сына на кого-нибудь. (Школа была недостаточно хороша, друзья недостаточно поддерживающие, рассказ о легализации марихуаны в Европе со словами облегчения – наша страна не достаточно хороша)

- Рассказ о том, как клиентка проживала жизнь сына, яркая головная боль-высокий уровень напряжения, гнева, гиперопека, созависимые отношения, слияние.
- По мере сессии, было желание включиться и подсказывать терапевту, что еще спросить у клиента- идентификация с клиенткой-гиперопека
- Время сессии очень тянулось, ощущение скуки- высокий уровень злости, ярость, с которой пришла клиентка
- Во время рассказа о наркомании сына, его лечении, у участников группы поднялась тошнота, супервизора вырвало- идентификация с сыном клиентки- «желание извергнуть токсичную мать»
- Терапевт раньше времени завершила сессию с клиенткой-идентификация с клиенткой- садирующая мать
- В завершении сессии терапевт идентифицировалась с клиентом- начала озвучивать чувства клиента, которые она не называла- гиперопекающая мать.
- Терапевт напомнила клиентке, что в пространстве есть еще участники – желание дистанцироваться от клиента- отсадировать клиента- идентификация с клиентом, идентификация с агрессором
- У терапевта было много мимики, улыбка при рассказе клиента, в котором была тема печали- идентификация с клиентом – не конгруэнтность- расщепленность клиента- на плохую и хорошую мать
- Были нарушены границы сеттинга, клиентка также много приводила ситуаций, где она нарушала границы сына или он ее (ночные звонки)- нарушение границ в семье.
- Рассказ о ситуации, когда ее подруга запретила общаться ее сыну с сыном клиентки, так как тот позвал купить травку- клиентка очень разозлилась на подругу- наблюдали смещение- перенос аспекта конфликта с исходного объекта на замещающий.

### **Итоги**

В рамках супервизионного разбора коллеги выдвигали различные теории о том, с чем бы и как можно было бы работать с данной клиенткой.

Ключевые моменты:

1. Истероидно-нарциссическая личность;
2. Созависимые отношения в семейной системе;
3. Работа с родительскими установками, со стыдом перед родителями за «такого» сына;
4. Выяснения места супруга в жизни клиентки;
5. Контенирование чувств клиентки относительно того, что у нее такой сын;
6. Работа с чувствами и мыслями относительно того «что скажут люди»;
7. Сепарация сына.

Клиентке были переданы контакты психолога, у которого были оплачены для нее 3 сессии. После этого она связалась с психологом и ей была назначена сессия.

### **Супервизия**

В дальнейшем психолог принесла кейс с этой клиенткой на супервизию.

В начале сессии с клиенткой были обозначен уровень обращения, и она выбрала обращаться на «ты». В дальнейшем в течении всей сессии скатывалась в обращение

на «вы», что говорит о том, что она последовательно не удерживает своих решений. Клиентка сама выбрала ситуацию для работы. Говорила много и эмоционально.

Случай, когда ее подруга отказала в дружбе ее сына и своего сына, так как тот предложил ее сыну покурить травку.

Основные мысли: «как она могла такое сделать?», «мне жаль моего сына», «избавляются от позорного факта», «что скажут люди, так как у нас общий круг общения»

Выделила зависть, что у кого-то сын нормальный, а у нее «такой». Так же мысль «тогда и ты ко мне не подходи» к бывшей подруге. В конце осознание правоты тоже было. По чувствам называла стыд, безнадежность, грусть и обиду.

- Обида – 10 баллов,
- стыд – 8 баллов,
- грусть – 7 баллов,
- безнадежность – 5 баллов.

Здесь можно увидеть странность в чувствах, ведь ожидание-реальность, обида свое яркое чувство, хотя в этой реальности она живет уже много лет. А безнадежность всего 5 баллов, при том, что по ощущениям ситуации клиентки больше безнадежна.

В этой ситуации она максимально контролировала эмоции, хотя описывает свое состояние, как шоковое. Так как она не было готова, что все узнают и это будет обсуждаться. В этот момент она сделала вид, что ничего не произошло. В дальнейшем она рассказала, что при встрече с этим мальчиком, бывшим другом своего сына она не поздоровалась.

На вопрос «чего бы вы хотели?», она обозначила, что хотела бы научиться жить без сына, чтобы за него можно было бы не беспокоиться, хотела бы поверить в него и что у него все будет благополучно.

В сессии проявлялись много амбивалентных моментов.

- Хочу научиться жить без него (о сыне)
- Хочу, чтобы у него все было хорошо

***Если у сына все хорошо, тогда зачем без него жить?***

- *Хочу в него поверить и не беспокоиться о нем*
- *С детства делала за него всю домашнюю работу в школе (не формировала навыки самостоятельности и навыки ответственности)*

**При этом ожидала ответственности от него.**

**Запрос на супервизию от терапевта:** Запрос на поддержку. Произошел разрыв терапии. Клиентка отказалась проходить еще 2 оплаченные для нее сессии.

# СУПЕРВИЗИЯ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ДИСЦИПЛИНА

Ван Кессель Луи<sup>34</sup>

## Цель супервизии и ее польза

Независимо от ее значения для конкретных потребностей и целей отдельного специалиста в сфере социальных услуг, супервизия служит общей цели и выполняет различные функции. Ее результаты приносят пользу как самим специалистам и оказываемым ими услугам, так и заинтересованным организациям, их клиентам и обществу.

### 4.1. Цель супервизии

Супервизия направлена на профессиональное развитие практикующего (обучающегося) специалиста в области оказания услуг и его деятельности в реальной и конкретной повседневной практической работе, которую он выполняет. Профессиональные знания, умения и навыки самосогласованно интегрируются с конкретными практическими ситуациями и текущими проблемами, с которыми сталкивается сам специалист (студент). Этот процесс приводит к форме профессионализма, в котором профессионал обладает «применяемыми теориями» и «теориями в действии», в которые он преобразовал академические «исповедуемые теории». Он научился узнавать, что лучше всего сделать и как; как он вовлечен в то, что влияет на него, а также как он может справиться с этими влияниями. Интегрировав эти знания, он может представлять сбалансированную профессиональную идентичность и предоставлять адекватную и эффективную профессиональную услугу. Более того, этот процесс приводит к состоянию профессионализма, в котором профессионал располагает явными «применяемыми теориями» и «теориями в действии», в которые интегрированы академические «поддерживаемые теории» (Argyris / Schön, 1974).

### 4.2. Функции супервизии: вклад и польза

В качестве вклада в развитие профессиональной компетентности специалистов супервизия выполняет различные функции, которые также можно рассматривать как ее преимущества.

Улучшение профессионального функционирования специалистов сферы оказания услуг в повседневной практике и устойчивое развитие профессиональных компетенций для работы в сложных практических ситуациях.

Супервизия имеет непосредственное значение для профессионала, который в ней участвует. Под руководством своего супервизора он может выпустить пар. Можно посмотреть с некоторого удаления на рабочие проблемы и способ их решения. Можно обнаружить посредством рефлексии и много (мульти)перспективной проблематизации новые или обновленные и адаптированные идеи и энергию. Можно трансформировать их в своем поведении и интервенциях в повседневной действительности собственной практики.

34 Текст печатается по Ван Кессель Л. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере человеко-ориентированных услуг / Под научной ред. В.Ю. Меновщикова, В.А. Михайлова. Пер. с англ. – М.: ФПК Онлайн-Институт, 2024. С. 28-33, 42-50.

Все в одном<sup>35</sup>, супервизия воплощает процесс, который незамедлительно влияет и на то, как специалисты реализуют свою работу и как они сотрудничают с коллегами (например, Edwards и др., 2005), а также на устойчивое развитие их профессиональных компетенций (например, Kleiser / Cox, 2008). Более того, супервизия снижает выгорание (например, Edwards et al. 2006), потому что супервизируемые учатся решать проблемы заботы о себе, становятся более устойчивыми и развивают более автономное поведение и ответственность, осведомленность и самоэффективность (Milne/James, 2000; Wheeler/Richards, 2007). Консультанты, проходящие регулярную клиническую супервизию, указали на более высокий уровень самоэффективности<sup>36</sup> в консультировании, чем те, кто этого не делал (Cashwell / Dooley, 2001).

В качестве результатов участия в супервизии Жорга (Žorga, 1997a в Vec и др., 2014, с. 119-120) сообщил: больше понимания профессиональной деятельности и личного образа мышления и принятия решений, которые влияют на это; чувство большей уверенности в себе, повышенный уровень самоуважения, повышенная осведомленность о профессиональных сильных и слабых сторонах, что позволяет использовать и контролировать их более сознательно; быть более способным сообщать о чувствах и справляться с собственными чувствами и чувствами других, а также выражать мысли более четко и адекватно, с эффектом улучшения коммуникации; поиск собственных ответов на проблемные вопросы вместо того, чтобы искать решения у других.

Благодаря этим результатам специалисты сферы услуг, проходящие обучение или уже имеющие лицензию, участвующие в процессе супервизии, обычно говорят: «Это казалось роскошью, но это лучшая часть моего (непрерывного) профессионального развития. Потому что супервизия соответствовала моему индивидуальному и профессиональному поведению в реальной практике, где я был нерелексивен, сражаясь со своими профессиональными головоломками».

### ***Смягчение «шока практики» для студентов, обучающихся профессии, и новичков***

Студенты, обучающиеся этой профессии, и новички в сфере социальных услуг испытывают чувство, при выполнении полевых исследований или в начале практики, что теория, изученная в университете, не соответствует линейно знаниям, необходимым в неожиданных реальных ситуациях, с которыми им приходится сталкиваться. Также они замечают, что добиться успеха в такой работе не так-то просто. Следовательно, они переживают «шок реальности» (Widlack, 1980)<sup>37</sup>.

Образовательные программы, серьезно относящиеся к этому явлению, предусматривают супервизию для своих студентов, в основном это называется «студенческая супервизия», «супервизия стажеров» или «клиническая супервизия». С помощью этого положения они помогают ученикам структурировать и интерпретировать часто сбивающий с толку опыт и помогают им научиться методично выполнять свою работу. Тем самым у начинающих практиков формируется профессиональное самосознание. Это также уменьшает ненужные конфликты и недопонимание с коллегами. Следовательно, они могут предложить своим клиентам более эффективные услуги.

35 Возможно, более по русски звучало бы – Буквально все в одном (прим. Науч редактора)

36 Schwartz (2016) исследовал взаимосвязь переменных супервизии с самоэффективностью консультирования и ожидаемыми результатами. Они в значительной степени связаны с содержанием и структурной направленностью.

37 Widlack (1980) указал на это в контексте подготовки учителей, приступающих к работе впервые. При переходе от университетского обучения к условной реальности учителя испытывают этот «шокреальности».

### ***Пересмотр и восстановление для опытных профессионалов***

Для опытных специалистов в сфере социальных услуг супервизия является краеугольным камнем их непрерывной профессионализации. В ходе их карьеры происходит множество изменений: в методических концепциях, проблемах клиентов, поведении коллег, ожиданиях организации и их начальства или подчиненных, а также изменениях в обществе. После многих лет выполнения своей работы может произойти некоторое размежевание и застревание в «защитной рутине» (Argyris, 1985). Именно в рамках супервизии они могут пересмотреть свои профессиональные концепции и распорядок дня, найти новые возможности и восстановить свою вовлеченность и поведенческое творчество.

### ***Функция привратника в профессии***

Супервизия также поддерживает и повышает качество профессии, которое профессиональные ассоциации стремятся обеспечить путем лицензирования и повторного лицензирования. Супервизия является ключевой частью программ профессионального образования и процедур аттестации. В этом случае она выполняет функцию привратника в профессии (Bernard/Goodyear, 2019).

### ***Качественное функционирование организации и предоставляемых ею услуг***

Супервизия имеет ценность и для организаций, и для их функций в обществе. Она поддерживает обеспечение качества и совершенствование практики, предоставляя оценку и повышение ответственности, способствуя поддержанию высоких стандартов социальных услуг (Borders / Brown, 2005, стр.88). Помогая и направляя супервизантов к рефлексии их методов работы и того, как организационный контекст влияет на них, она способствует развитию культуры обучения (Austin / Hopkins, 2004; Dwyer, 2013; Hawkins / Shohet, 2000, стр. 165-181), тем самым реализуя обучающую организацию<sup>38</sup> (Garratt, 2000). Такой методологический подход способствует квалифицированному «управлению людьми», сотрудничеству людей и командной работе. Это уменьшает ненужные конфликты между людьми, способствует большей эффективности, более высокому уровню удовлетворенности работой, сохранению сотрудников и повышению приверженности, а также сокращению текучести кадров (Kavanagh et al., 2003).

Коллегиальное признание того, что неизбежно связано с предоставлением услуг людям, является частью культуры обучения. Это связано с общим ощущением того, что все члены организации регулярно сталкиваются с профессиональными трудностями и личными подводными камнями при выполнении этой работы; поскольку большая часть их работы является текучей(изменяющейся), и не всегда легко применять профессиональные знания и процедуры, а также понимать клиентов и динамику их отношений с ними. Для всех них это постоянная задача - найти способы улучшить профессиональные отношения с клиентами, а также коллегиальное сотрудничество. Признание этого относится к профессиональному подходу.

В процессе супервизии супервизант также может определить конкретные организационные проблемы или проблемы с предоставлением услуг. Если он/она, при необходимости или желании с помощью супервизора, может сообщить об этом руководству организации, супервизия работает как проводник изменений внутри

---

38 Обучающаяся организация (the learning organization) – организация, которая поддерживает все форматы обучения (формальное, неформальное, на рабочем месте и т. д.) и рассматривает обучение как неотделимую часть рабочего процесса. Основное внимание при этом уделяется самообучению (self-learning) и непрерывному обучению (lifelong learning). (прим. Научного редактора)

организации. Если супервизор помогает в этом супервизанту, он должен придерживаться точки зрения постороннего, занимать нейтральную позицию, избегать сговора или оказания поддержки исключительно супервизанту(-ам) или руководству.

Супервизия может быть организована как преднамеренное мероприятие с точки зрения "обучающих организаций", "развития человеческих ресурсов" и даже организационного развития (Carroll, 2001; Dwyer, 2013; Kihlgren/Hansebo, 2014; Tsuii др., 2017; VanKessel, 1997a), направленное на то, чтобы сделать организации более эффективными для их социального целеполагания, как этого ожидает общество, и более гуманным и приятным местом для работы персонала и руководства<sup>39</sup>.

### ***Наилучший возможный сервис для благополучия клиентов и общества***

Конечной целью супервизии является предоставление наилучших услуг, предоставляемых клиентам, принятых практикующими специалистами и их руководством. Таким образом, все только что упомянутые преимущества в конечном счете актуальны в интересах благополучия клиентов и общества, потому что именно они получают выгоду от качества социальных услуг, предоставляемых профессионалами в этой области, и от того, как их организации делают услуги доступными для людей.

В области здравоохранения было высказано предположение, что супервизия оказывает положительное влияние на результаты лечения пациентов, а отсутствие супервизии у медицинских работников может быть вредным для пациентов (Farnan et al., 2012; Snowdon et al., 2016, 2017, 2020a; White/Winstanley, 2010). Поскольку эти результаты получены с помощью определенных типов контроля в определенных полевых условиях, их непросто обобщить и применить к другим областям и параметрам. Об исследованиях воздействия супервизии в других областях сообщают Kilminster/Jolly (2000), которые выявили около 300 соответствующих статей и книг; однако большая часть эмпирической работы была мелкомасштабной, исследовательской и качественной<sup>40</sup>. Следует отметить, что исследование супервизорской практики из-за ее сложности, встречаемости в различных условиях и в различных определениях, функциях и способах проведения сопряжено с особыми методологическими проблемами. Это тем более верно для исследований клиентских результатов (Holloway, 2014, pp. 611-612; Watkins, 2011, 2020)<sup>41</sup>.

---

39 Вот почему потенциал и ценность супервизии имеют ценность в более широком корпоративном организационном мире, за пределами сектора здравоохранения и социальной помощи (Dwyer, 2013).

40 Видимо, имеется в виду, недостаточность "количественных" исследований в супервизии (прим. научного редактора)

41 Watkins (2020) изучил 20 обзоров клинических супервизионных исследований, появившихся с 1995 по 2019 год, и обнаружил, что доказательства, подтверждающие влияние супервизии любого типа, в лучшем случае являются слабыми, особенно в отношении результатов работы сотрудников и клиентов. Он предложил некоторые средства для улучшения своих исследований.

## Супервизия как отдельная дисциплина и метаметодический (общий) подход

Параллельно и в отличие от ранее упомянутых профессиональных и методологических подходов, публикации по супервизии из англоязычных стран за последние десятилетия показывают, что супервизия является самостоятельной дисциплиной и профессией (Carroll, 2014). Это включает в себя создание базы знаний, уникальной для супервизии, путем изучения аспектов супервизии (цель, функция, характеристики, процесс), которые выходят за рамки различных моделей<sup>42</sup>. Кроме того, это продвигает концепцию супервизии, независимую от конкретной профессии или методического подхода, хотя и использует соответствующие концепции из других дисциплин и подходов. Как универсальная теория (см. также приложение II, раздел 3), она функционирует в качестве ориентировочной основы для практической супервизии, конкретизированной и уточненной в зависимости от определенных ситуаций в различных профессиях, областях деятельности и организациях, связанных с оказанием социальных услуг (см. Davys, 2017; Crocket и коллеги, 2009; Paterson et al., 2011).

Первые попытки построить общую концептуальную основу уже были сделаны в 1958 году для социальной работы (Berl, 1960) и консультирования в 1982 году (Loganbill и коллеги, 1982). Однако, особенно в последние десятилетия, многие публикации отражают универсальные модели супервизии, применимые в разных профессиях и методических направлениях, хотя одни больше, другие меньше. Следует упомянуть Beddoe/Davys, 2016; Callicott, 2011; Carroll, 2014; Davys/Beddoe, 2021; Hawkins/Shohet, 1989, 2012; Hawkins/McMahon, 2020; Haynes и коллеги, 2003; Noble и коллеги, 2016; Page/Wosket, 2001, 2015; Scaife, 2001; Tudor, 2002; и ограниченные область психотерапии публикации Watkins, 2018a, 2018b. Кроме того, несколько авторов (Milne и коллеги, 2008; Rich, 1993) создали базовую модель супервизии. Чтобы получить более полное представление о психотерапевтических исследованиях, Inman / Ladany (Inman/Ladany, 2008) проанализировали исследования из разных дисциплин (например, из области социальной работы, психологического консультирования, супружеской и семейной терапии) и сгруппировали их по следующим факторам: процесс супервизии; переменные параметры супервизанта; клиентский результат; переменные параметры супервизора; и сопутствующие аспекты, такие как мультикультурные компетенции, этика и области специализации.

### 7.1. Различные термины

Различные термины обозначают подходы, которые поддерживают этот путь развития: «общая структура супервизии» (Scaife, 1993; 2019), «мета-структура»/ «мета-фрейм» (Chang, 2013) или «метамодель» (Gray/Jackson, 2012), «интегративная супервизия» (Bernard/Goodyear, 2019; Carroll/Tholstrup, 2001; Corey et al., 2021; Harris/Brockbank, 2011; Haynes et al., 2003; Rigazio-DiGilio, 2002), «интегрирующий подход» (Page/Wosket,

42 Такое развитие моделей «второго поколения» (Bernard / Goodyear, 2019, стр. 56) можно рассматривать как постмодернистский подход. Он использует принцип социального конструктивизма, согласно которому знание возникает из обоснованного изучения практики. (см. Neufeldt, 1997, в Lonnenman Doroff, 2012, стр. 108-111).

2015), “интегрированная модель” (Rich, 1993) 3)<sup>43</sup>, “транстеоретическая супервизия” (Aten et al., 2008) и “подход, основанный на общих факторах” (Morgan/ Sprenkle, 2007). Последняя модель является результатом определения общих основных элементов, которые считаются центральными для супервизии (Milne и др., 2008; Morgan/Sprenkle, 2007), или интеграции основных компонентов, которые супервизия разделяет с консультированием или психотерапией (Crunk/Barden, 2017; Lampropoulos, 2002; Watkins, 2015b, 2017; Watkins и др., 2015). Кроме того, предпринимаются попытки разработать “унифицирующее понимание психотерапевтической супервизии” в качестве мета-об-  
раза (Watkins, 2016a, 2016b, 2018c).

Кроме того, используется термин “кросс-теоретические модели”. Однако их фокус узок. Примерами этого являются “модели развития/стадии” (Littrell и др., 1979; Stoltenberg, 1981; Stoltenberg/Delworth, 1987; Stoltenberg, 2005; Stoltenberg/McNeill, 2010; McNeill/Stoltenberg, 2016)<sup>44</sup>. Эти авторы выступают за то, чтобы супервизоры выстраивали структуру и стиль супервизии в соответствии с уровнем развития супервизанта (от новичка до эксперта) как практикующего специалиста. Кроме того, “модели социальных ролей” (Bernard, 1979, 1997; Holloway, 1995), подчеркивают, что позиция супервизора включает в себя набор ролей, которые при их исполнении формируют определенные ожидания, убеждения и установки (Holloway, 1995, с. 4-5).

Использование термина “интегративный подход” является неубедительным и, следовательно, может привести к путанице. Некоторые авторы (например, Nelson и др., 2000) интегрировали только аспекты конкретной модели развития (Littrell и др., 1979) и так называемой модели дискриминации (Bernard, 1979) для использования в консультировании. Это также относится к “интегрированной модели развития (ИМР)” (Stoltenberg и др., 1998). Сочетая комплексную модель консультанта и концептуальную модель профессионального развития (Loganbill и др., 1982)<sup>45</sup>, модель ИМР описывает, как супервизант развивает навыки одновременно с изменениями в структуре осознания себя/других, мотивации и повышения автономии. Кроме того, существует интеграция ИМР-модели и адлеровского подхода к супервизии консультантов-стажеров (Bornsheuer-Boswell и др., 2013; Gungor, 2017).

Более того, следует отметить, что предполагаемая интеграция, использующая общие черты различных направлений психотерапии (например, Watkins, 2017), часто ограничивается областью психотерапии. Однако этот термин также относится к интеграции других теорий. Например, “интегративный реляционный подход к супервизии психотерапии” (Gilbert/Evans, 2000), предлагающий общую модель процесса супервизии, которая может быть использована в равной степени для супервизии стажеров и консультативной супервизии, основан на теории интерсубъективности, исследованиях в области развития, диалектической психотерапии, конструктивизме, феноменологии и теории поля (там же, стр.4-5).

Кроме того, с точки зрения когнитивно-поведенческой терапии, интегративная модель строится на основе обучающих подходов, которые могут сделать супервизию более успешной (James и др., 2007). Пирсон (Pearson, 2006) смешал подходы к супервизии, основанные на психотерапии (ориентированные на гуманистические

43 Rich (1993) разработал эту модель на основе междисциплинарного обзора 26 моделей супервизии в социальной работе, консультировании, клинической психологии и обучении.

44 Согласно Чангу (2013, стр. 4-5), модели развития критиковались как упрощенные (Russell et al. 1984; Stoltenberg 2005). У них мало эмпирической поддержки (Ellis / Ladany 1997; Goodyear / Bernard, 1998), и они ориентированы в первую очередь на аспирантуру и годы до получения лицензии (Goodyear et al. 2003). Холлоуэй (1987) предположил, что они игнорируют личную жизнь, ценности, культуру и пол учеников. Несмотря на эти ограничения, может иметь значение то, как супервизор соответствует когнитивной сложности супервизируемого (Mayfield et al. 1999) и стилю (Moore et al. 2004).

45 Scholl (2002) сформулировал рекомендации по пересмотру этой модели.

отношения, когнитивно-поведенческие и ориентированные на решение) с ролевыми моделями супервизии. Кроме того, Янг и др. (Young и др., 2011) интегрировали рефлексивность в развивающий подход в супервизии.

Некоторые публикации рассматривают более широкую перспективу, например, Carroll/Tholstrup, 2001. Была достигнута интеграция сходящихся и расходящихся точек зрения теорий супервизии в консультировании (Goodyear/Bradley, 1983). Кроме того, основы клинической супервизии в смежных областях в рамках социальных служб определяются как базовые для единого понимания процесса супервизии и ее реальной практики, обучения супервизии и будущих исследований (Milne, 2007, 2009; Rich, 1993).

## **7.2. Обобщенные модели предлагают основы организации и проведения супервизии.**

Обобщенные модели (см. Приложение II, раздел 3.) необходимы, если супервизор осуществляет супервизию для представителей разных профессий, именуемую “межпрофессиональной супервизией” (Beddoe/Davys, 2016, с. 147-160) или “кросс-профессиональной супервизией” (Holton, 2017). Они предлагают супервизору основы организации и проведения супервизии, хотя знания (и, если возможно, рефлексивный опыт) практического подхода и его желаемых методических принципов должны их дополнять.

В некоторых публикациях, посвященных этому подходу, рассматриваются ключевые аспекты концепции организационного обучения (Austin/Hopkins, 2004; Tsui и др., 2017). Также появилась критическая модель (Noble и др., 2016), которая затрагивает не только человеческие отношения и взаимодействие, связанные с работой, но также финансовую, политическую и управленческую среду, в которой супервизанты выполняют свою работу, полагая, что одной рефлексивной практики недостаточно для осуществления трансформационных изменений. Ван Дёрцен/Янг (Van Deurzen/Young, 2009), объединяя экзистенциальные взгляды на супервизию в рамках последовательной кросс-теоретической структуры, выступает за то, что супервизия должна помогать супервизантам лучше учитывать личные, этические, политические и культурные аспекты их работы.

## **7.3. Основные элементы обобщенных моделей**

Обобщенный подход рассматривает супервизию как процесс взаимодействия, в котором обрабатывается основанное на практике содержание, представленное супервизантом, чтобы (научиться) развивать свою текущую практику и профессионализм в соответствии со стандартами, требуемыми обществом, клиентами, профессиональными организациями и гуманистическими ценностями. Супервизор помогает супервизанту и направляет его в этом процессе. В рамках этого взаимодействия супервизанта и супервизора могут возникать такие феномены взаимодействия, как (контр-)перенос и регресс, (дис-)функциональные паттерны поведения, сопротивление, проекция и (контр-)идентификация. Более того, взаимодействие может также отображать параллельные процессы, отражающие то, как супервизируемый функционирует в ситуациях своей профессиональной практики.

Чтобы работать в различных профессиональных ситуациях с максимальной эффективностью, необходимы базовые и функциональные компетенции. Развитие профессиональной компетентности – это процесс обучения, и его результаты показывают уровень профессионального развития супервизанта. В процессе супервизии

выявляются учебные затруднения супервизанта, препятствующие лучшей практике, и проблемы с обучением, мешающие развитию профессиональной компетенции, о чем и супервизор, и супервизант могут сообщать и разрешать которые они могут посредством учебного альянса, созданного ими.

Существенными элементами обобщенных моделей обычно являются следующие утверждения:

- Супервизия имеет двойную цель: обеспечение качества обслуживания клиентов путем оказания помощи практикующим специалистам в предоставлении их услуг наилучшим образом или, в случае супервизантов-руководителей, выполнение руководящей деятельности; повышение способности к обучению и развитию супервизанта для совершенствования его / ее профессиональных навыков;
- Основная цель - развитие способности к непрерывному обучению на основе текущей профессиональной деятельности и преобразование сделанных в ходе супервизии открытий в практическую деятельность в соответствии с актуальными требованиями профессии;
- Имеется базовая структура, ориентированная на конкретные задачи, с регулярным проведением сессий, установленным временем и определенной продолжительностью;
- Необходимо четкое согласование целей, способа работы, учебного альянса и условий;
- Безопасные супервизионные отношения сотрудничества (Austin / Hopkins, 2004; Holloway / González-Doupe, 2002), в которых супервизор взаимодействует с супервизантом как с активным самостоятельным обучающимся, поддерживает процесс обучения, основанный на опыте, посредством методических интервенций (James et al., 2007; Kilminster/Joley, 2000; Van Kessel, 1989, 1996, 2019; Van Kessel/Haan, 1993a). Кроме того, эти отношения адаптируются к идиосинкразическим личностно-профессиональным проблемам обучения супервизанта и необходимым целям профессионального развития, стадии профессионального развития супервизанта, его установкам и психологическому типу (Driver, 2009; Stone, 2009), а также развитию стиля обучения (Abbey и др., 1985; Johnston/Milne, 2012; Tangen, 2018; Van Kessel, 1990) супервизанта.
- Экспириенциальное<sup>46</sup> (основанное на опыте) обучение (Kolb, 1984; Kolb/Kolb, 2007, 2009) рассматривается как основа успешного обучения в супервизии (Van Kessel, 1988; Walden/Pershey, 2013; Watkins/Milne, 2014; Vec, 2014; Žorga, 1997b).
- Развитие критической рефлексивности рассматривается как необходимое условие для профессионального развития (Carroll, 2009b, 2010; Moon, 2004; Schön, 1983; Skovholt/Ronnestad, 1995; Vince/Reynolds, 2009).
- В качестве фасилитатора этого процесса супервизор проявляет гибкость в выполнении нескольких супервизионных ролей (Holloway, 2014) и общается таким образом, чтобы улучшить рефлексию супервизанта и проработку недавно возникших профессиональных проблем, а также способствует переносу полу-

---

<sup>46</sup> Экспириенс (experience) – это личный жизненный опыт, накопленный человеком в результате различных событий, действий или взаимодействий с окружающим миром. Экспириенс позволяет человеку обогатиться знаниями, умениями и навыками, а также сформировать определенную модель поведения и взгляды на жизнь. Слово «экспириенс» происходит от латинского глагола «experiri», что означает «испытывать» или «пытаться» (прим. Научного редактора)

ченных знаний в текущую и будущую практику желаемого профессионального развития. Кроме того, он/она может использовать различные процедуры и методы для оказания помощи и управления процессом.

- Контекстуальные факторы влияют на конкретное применение принципов и характеристик супервизии: общество, среда, в которой предоставляются услуги, и культурные различия опосредованно и/или непосредственно вовлеченных участников. Профессиональный опыт, развитие, отношения и знания супервизоров и супервизантов, а также вид социальных услуг, которые эти последние предоставляют клиентам, а также тип клиентов и их проблемы также оказывают влияние (Neufeldt, 1997; Holloway, 2014). Поэтому супервизоры должны быть осведомлены о том, какая динамика культурного и политического фона влияет на их поведение, убеждения и смыслы, которые они придают, а также на поведение их супервизантов и тех, кто представляет сторону заказчиков, и как это работает.

#### **7.4. Супервизор в обобщенной концепции**

В этой концепции супервизор понимается как эксперт в области супервизии, хорошо владеющий своей методологией и ценностной основой, обладающий знаниями и компетенциями для организации и осуществления супервизии. Он/она обладает способностью формировать и поддерживать альянс в области супервизионного обучения, чтобы стимулировать этическую практику супервизанта, компетентность в работе с (социокультурными и гендерными) различиями и способность рефлексировать (и действовать) относительно ограничений в собственных знаниях и опыте.

В качестве источника для понимания специфических практических проблем и потребностей в профессиональном обучении, с которыми сталкивается конкретный супервизант, и для выбора соответствующих интервенций, супервизору необходимы соответствующие знания о профессиях сферы социальных услуг, их функциях, методологии, этике и потребностях в управлении. Он/она также нуждается в знаниях и аспектах психосоциологической и организационной динамики и должен(-на) быть способен применять их в концептуализации конкретного случая, в которой нуждается супервизант с точки зрения стандартов профессии. Более того, для оказания помощи и сопровождения супервизанту в успешном процессе развивающего обучения, необходимы знания в области профессионального развития, развивающего обучения, андрагогических знаний (Brueggeman, 2006; Ellis/Bernhardt, 1989; Garland/Ellis, 2006; Walden/Pershey, 2013; Watkins, 2015c) и (межкультурная) компетентность (см. приложение II, раздел 5.). Для супервизоров решающее значение имеет рефлексия их собственной профессиональной деятельности, базы знаний и компетенций, а также повышение квалификации для устранения пробелов.

Компетенция супервизора в обобщенной концепции (generic supervisory competence) является основой для практики супервизии в определенных условиях, для конкретных целей и определенного способа организации супервизии, если это желательное или необходимое. В зависимости от опыта, приобретенного профессиональным супервизором в определенных профессиональных областях и / или конкретных методических подходах, он / она имеет возможность осуществлять супервизию для профессионалов в этих конкретных областях или методических подходах. Компетенция в этой конкретной области или подходе является составной частью профиля супервизора.

При обеспечении супервизии стажеров-практиков супервизору необходимы знания о требованиях соответствующей профессии к их основным компетенциям

и о том, как решать проблемы профессионально, работая в рамках соответствующей конкретной практической сложности. Это необходимо для реализации функции социализации в соответствующей профессии, которую должен выполнять супервизор. В этом случае эти конкретные знания являются более приоритетными, чем при супервизии с опытными профессионалами, где они менее актуальны.

### ***Компетентность, подготовка и сертификация супервизоров***

В процессе оформления супервизии в качестве самостоятельной дисциплины были сформулированы стандарты ее предоставления. В целях обеспечения качества супервизии также была рекомендована и предоставлена специализированная подготовка для супервизоров (Bernard & Goodyear, 2019, с. 289-301; Borders/Leddick, 1988; Borders & Bernard, 1991; Campbell, 2000; Holloway/Carroll, 1999; Milne, 2010; Scott и др., 2000; Watkins/Wang, 2014), включая супервизию супервизии (Ellis, 2006; Mander, 2002; Milne/Westerman, 2001; Storm и др., 2002; Van Kessel, 2018a; Watkins, 2010; Wheeler/King, 2000), а также сертификацию и лицензирование (Borders/Cashwell, 1992).

Баркер/Хансли (2013) провели систематический анализ для оценки эмпирической литературы посвященной теме развития супервизоров. Стало ясно, что быть старшим специалистом недостаточно для того, чтобы заниматься этой сложной дисциплиной. Кори и др. (Corey и др., 2021, стр.275-288), Оуэн-Пью/Саймонс (Owen-Pugh/Symons, 2013) и Пиллинг/Рот (Pilling/Roth, 2014) описали желаемую компетентность супервизора. Уоткинс (Watkins, 1993) приводит обоснование и гипотезы для четырехэтапной модели развития (Комплексная Модель Супервизора), через которую, как считается, обычно проходят супервизоры психотерапии. Хендерсон (Henderson, 2018a) описывает размышления о своем собственном опыте и практике в качестве супервизора.

Газзола и др. (Gazzola и др., 2013) и Хендерсон и др. (Henderson и др., 2014) сообщают о том, как стать и научиться быть супервизором. Хендерсон (Henderson, 2018b) так же пишет о том, как обучать супервизоров. Учебное пособие для подготовки супервизоров-консультантов предлагается Borders и др. (Borders et al., 2011); Кемпбелл предлагает учебное пособие для самоподготовки (Campbell, 2000). Компетенции супервизора описаны Жоргой (Žorga, 2006).

### **7.5. Некоторые важные тенденции**

Помимо разработки общей (generic) структуры супервизии, современная эволюция супервизии демонстрирует некоторые заметные тенденции (см. Inman и др., 2014; O'Donoghue / Tsui, 2015; Watkins, 2014a; Watkins / Milne, 2014b). Следует упомянуть вот что:

- Как показывает распространение публикаций, во всем мире растет интерес и приверженность супервизии в растущем разнообразии профессий и профессиональных областей.
- Увеличивается количество эмпирических научных исследований, касающихся эффективности супервизии и практики супервизии, основанной на фактах.
- Наблюдается сильное движение от супервизии как организационной и профессиональной функции контроля в сторону развития профессиональной практики в образовательной среде, связанной с определенным периодом супервизионной практики, за которой следует автономная практика вместо продолжающейся постоянной супервизии (Munson, 2002).
- Растет внимание к аспекту обучения и актуальности теорий обучения (взрослых) (например, Tangen и др., 2019), этическим и правовым аспектам суперви-

зии (Bernard / Goodyear, 2019, стр. 251-280; Campbell, 2000, с. 145-172; Corey и др., 2021, с. 159-218; Harrar и др., 1990; Haug / Storm, 2014; Knapp / Vandecreek, 1997; Koocher и др., 2008; Thomas, 2010, 2014; Wingefeld Hammond / O'Donovan, 2015). То же касается тем (культурного)разнообразия, феминизма (см. Приложение II, раздел 5) и онлайн-супервизии (см. Приложение III). Верность, порядочность, справедливость и уважение, наряду с соблюдением закона, являются важными ценностями.

- Растет понимание того, как концептуализация и практика супервизии соотносятся с конкретными социокультурными и политическими контекстами и взглядами, которые в них существуют. Беддо (Beddoe, 2015) демонстрирует это с помощью международного сравнения, а О'Донохью (O'Donoghue, 2010) анализирует ситуацию этнической и культурной критики.
- Компетентность в обеспечении супервизии стала первоочередной задачей и требует более формального систематизированного внимания к обучению и аттестации супервизоров.
- Кроме того, все большее внимание уделяется компетенции, которая необходима супервизанту в его / ее практике.
- С точки зрения повышения эффективности супервизии особое внимание было уделено супервизантам. Появились публикации, в которых рассматривается супервизия с точки зрения супервизанта: что испытывают супервизанты (стажеры, начинающие практики или опытные профессионалы), что им нужно иметь в виду, чтобы участвовать в процессе супервизии, и как взять на себя ответственность за свою супервизию и обучение. Здесь следует упомянуть Berger/Buchholz, 1993; Bernard, 1994; Carroll/Gilbert, 2011; Creaner, 2014; De Haan/Regouin, 2018; Dunnett и др., 2013; Hess/Hess, 2008; Langs, 2018; Walker/Jacobs, 2004. Исследование, касающееся развития супервизанта в индивидуальной супервизии в различных дисциплинах, опубликованное для всеобщего доступа в 1994-2012 гг., было проанализировано Inman и др. (2014, с. 64-66).

# ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В СУПЕРВИЗИИ. МЕТАМЕТОДИЧЕСКИЙ (ОБЩИЙ) ПОДХОД В РОССИИ

*Слатвинская Е.В.*

## Границы личного Я в супервизии

### Введение

Супервизия является важным инструментом совершенствования профессиональной деятельности в различных областях, таких как психотерапия, социальная работа, образование, здравоохранение и т.д. Она помогает обеспечить качество выполняемой работы, а также способствует профилактике профессионального выгорания работников.

Данная работа посвящена анализу того, как личностные характеристики специалистов, предоставляющих социальные услуги, их убеждения и ценности, влияют на профессиональные действия, и может ли индивидуальная проблематика стать предметом рассмотрения в супервизии.

В своей супервизорской практике я порой сталкиваюсь с ситуациями, когда в процессе супервизии супервизант озвучивает затруднения в работе, граничащие с запросом на личную терапию, а некоторые, начинающие терапевты, приходя на супервизию ожидают, что супервизор выступит в роли психотерапевта и поможет им в разрешении внутриличностных конфликтов. Поэтому у меня возник интерес более детально погрузиться в изучение темы границ личного «Я» в супервизии, чтобы глубже понять нюансы и особенности этого вопроса.

В первой части данной работы будет приведено определение понятию «супервизия» с точки зрения разных авторов и разных подходов, описаны цели и функции супервизии.

Во второй части раскрывается содержание понятия профессиональная личность, как первичного объекта супервизии, а также приводится описание структурных компонентов калейдоскопической модели, предложенной Луисом ван Кесселем. Применение калейдоскопической модели, как вспомогательного инструмента супервизии, продемонстрировано на примере из практики автора текста.

В третьей части работы даётся характеристика учебного измерения, рассматриваются аспекты стратегии обучения и траектория обучения в супервизии. Задачей главы является представить читателю представление о том, как происходит учебный процесс в супервизии и какие факторы влияют на его эффективность.

В первом разделе четвёртой части очерчены границы понятий и компетентности психотерапии и супервизии, изложены сходства и различия этих сопряженных категорий, во втором разделе анализируется допустимость «консультирования» в супервизии.

И в заключении работы в пятой части излагается описание супервизионной политики организации, в которой я осуществляю свою профессиональную деятельность.

## 1. Понятие супервизии. Цели и функции супервизии

Термин «supervision» происходит от латинского «supervidere»: «Super-» – высшее качество, усиленное действие; главный; расположенный сверху, над чем-либо; превышение; «videre» – видеть; понимать; разбирать. Буквальный перевод может звучать как: «смотреть сверху».

Схожие определения дают нам возможность рассмотреть различные аспекты одного и того же понятия.

Луис ван Кессель трактует термин «супервизия» как относящийся к конкретному образовательно-развивающему процессу, состоящему из отношений сотрудничества одного или нескольких супервизантов и супервизора, обладающего специальной компетентностью в области супервизии, особым образом помогающего и направляющего супервизанта в его уникальном процессе профессионального обучения и развития [8].

Барбара Уортон: «Супервизия – это обособленное пространство, предоставляемое двум людям, в котором они могут размышлять над бессознательными процессами, протекающими не только в данном (супервизионном) помещении, но и в любом другом месте, где один из участников супервизии проводит анализ другого человека», и далее: «Знание и опыт супервизора позволяют контейнировать тревогу супервизируемого с тем, чтобы тот приступил к размышлениям» [2].

Энтони Уильямс рассматривает супервизию для начинающих терапевтов как мостик между теорией и клинической практикой, между знанием и действием: «Реальная терапевтическая работа с реальными клиентами порождает сложные человеческие взаимодействия, и это очень далеко от того, с чем студенты встречались в предшествующем обучении: смоделированные приемы и ролевые игры в принципе не могут дать что-либо подобное, как бы ни изощрялись педагоги и как бы ни был спланирован курс. В «полевых» условиях контекст смещается от знания к функционированию, от аналитического процесса к интегративному, от «знания о» к «знанию и действию», от четких абстрактных данных к нечетким реальным фактам, от объективной науки к субъективному суждению, от сравнительной безмятежности аудиторий к суматохе клиник» [17, с.25].

Логанбилл (Loganbill, 1982) описывает супервизию как: «Интенсивные отношения межличностной направленности, происходящие один на один, в которых один человек призван содействовать развитию профессиональной компетенции другого» [14, с. 91-92].

Ховкинс (P. Hawkins, 2020) «Супервизия – это совместное усилие, в рамках которого практикующий специалист с помощью супервизора заботится о своих пациентах, которые сами являются частью отношений со специалистом и более широким системным контекстом».

С.А. Кулаков (2022): «Супервизия – это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии, клинической психологии, социальной работы в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии.

Теории рассматриваются на лекциях, описываются в учебнике, приемы демонстрируются на практических занятиях, но психотерапия, в процесс которой вовлечены два или несколько человек, их отношения, переносы, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. <...> Супервизия – самый важный механизм развития компетенций у терапевтов в процессе обучения [6, с.8].

И.Д. Булюбаш даёт следующее определение супервизии: «Супервизия – это интервенции, осуществляемые более опытными профессионалами по отношению к менее опытным. Такие отношения имеют определенную временную протяженность, предполагают оценку и ставят своей целью улучшение профессионального функционирования, а кроме того, подразумевают мониторинг качества профессионального обслуживания клиента [1, с.9].

Обобщая вышеизложенные определения, мы можем заметить, что многие авторы акцентируют внимание на том, что основной целью супервизии является помощь более опытного специалиста, начинающему свой профессиональный путь коллеге, в развитии личных и профессиональных навыков.

Луис ван Кессель выделяет следующие цели супервизии.



Рис. 1. Цели супервизии (Louis van Kessel, 2020)

Ключевая цель супервизии, по мнению ученого, заключается в усовершенствовании профессионального функционирования практикующего специалиста в области оказания услуг в реальной и конкретной повседневной практической работе, которую он выполняет. Вторичной областью внимания является содействие устойчивому развитию профессиональных компетенций молодых специалистов. Более подробно мишени супервизии будут рассмотрены во второй и третьей главе данной работы.

Реализуя прямую цель, участники супервизионного процесса вносят значительный вклад в повышение качества предоставляемых услуг (промежуточная цель по Л.в.Кесселю), что в итоге служит благополучию клиентов и общества (конечная цель супервизии) [8].

Кулаков С.А. (2022): «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. Однако существуют и другие цели супервизии. Альтернативная точка зрения рассматривает супервизию как искусство «взгляда с дугой стороны» [английская игра слов «over-seeng» – надзор, «seeng-over» – «подробный осмотр, взгляд с другой стороны»]. С этой позиции, супервизия дает возможность супервизируемому пересмотреть и переосмыслить произошедшее при встрече с клиентом/пациентом, а также понять, что было упущено или неверно истолковано» [6, с.8].

Отграничивают следующие **функции супервизии:**

В сфере социальной работы с акцентом на преобладающую роль супервизора	В супервизии консультирования  с акцентом на преимущества супервизии	В общем подходе  с акцентом на процесс взаимодействия супервизора и супервизанта
<i>Административная</i> – содержащая в себе поощрение и поддержание стандартов работы и координацию практики с политикой администрации	<i>Формирующая</i> – способствующая повышению компетентности	<i>Развивающая</i> – направленная на развитие навыков, понимания и способностей супервизанта
<i>Образовательная</i> – направленная на развитие сотрудников	<i>Восстановительная</i> – обеспечивающая эмоциональную поддержку, позволяющую преодолеть затруднения	<i>Обеспечения ресурсами</i> – сфокусированная на том, как супервизант позволяет себе быть затронутым эмоциями
<i>Поддерживающая</i> – ориен- тированная на поддержание сбалансированного эмоцио- нального функционирования в рабочих отношениях	<i>Нормативная</i> – гарантирующая качество и ведение дел	<i>Обеспечения качества</i> – ставящая своей целью контроль качества работы супервизанта

Луис ван Кессель описывает функции супервизии в контексте развития профессиональных компетенций. Перечислим их:

1. Улучшение профессионального функционирования специалистов сферы оказания услуг в повседневной практике и устойчивое развитие профессиональных компетенций для работы в сложных практических ситуациях.
2. Смягчение «шока практики» для начинающих специалистов. Наставник помогает структурировать и интерпретировать незнакомый опыт, с опорой на теорию, изученную в университете, способствуя формированию профессионального самосознания у новичков.
3. Восстановление для опытных профессионалов, чья повседневная деятельность связана с серьезной эмоциональной нагрузкой из-за эмпатирования клиенту. Супервизия предоставляет возможность специалисту осознать особенности своего реагирования при взаимодействии с клиентами, чтобы научиться справляться с любыми реакциями.
4. Пересмотр профессиональных концепций во избежание застревания в «защитной рутине» (Argyris, 1985) [8, глава 1].

Кулаков С.А. (2022) так описывает **обучающую, дидактическую функцию супервизии:** «Становление психотерапевта – это длительный процесс индивидуального и профессионального развития. <...> Передача супервизорских гипотез, инсайтов и стимуляция собственного мышления супервизируемого, особенно в случаях сопротивления – важная педагогическая задача. На первом уровне супервизии идет обучение сбору базисной клинической информации, постановке диагноза и рекоменда-

циям по лечению. Более сложными представляются для анализа такие явления как психотерапевтический процесс, психодинамические параметры (включая перенос, контрперенос, сопротивление) и продвинутые методы лечения. Некоторые психотерапевты не в состоянии понять значимость психодинамических концепций, не соотносящихся с эпизодами их собственной жизни» Заключительная мысль в цитате автора отражает особенности взаимовлияния личного и профессионального Я терапевта.

Кадушин (Kadushin, 1976), Бриджид Проктор (Brigid Proctor, 1988a) отмечают в **образовательной или формирующей** функции супервизии в социальной работе следующее: «Она подразумевает развитие умений, понимания и способностей супервизируемых. Осуществляется через анализ и исследование работы супервизируемого со своими клиентами. В процессе такого исследования супервизор может помочь им:

- лучше осознавать собственные реакции на клиента
- понимать динамику взаимодействия с клиентом
- исследовать свои интервенции и их последовательность» [14, с. 93-94].

Многие авторы считают дидактическую функцию самой важной в работе супервизора.

**Поддерживающая или реставрационная функция (обновляющая)**, как уже отмечалось выше, направлена на эмоциональные аспекты работы с клиентами. «Нередко тревожность начинающих психотерапевтов зависит от дефицита профессиональных навыков. В этом случае устанавливается профессиональная дистанция, анализируется система отношений, проводится аналитическая оценка отношений с пациентом. В итоге должно наступить улучшение контакта с пациентом в рамках предпочитаемой модели супервизируемого. Супервизор в ряде случаев выступает в роли «Феи-Сирени» (Сказка о Спящей Красавице), уменьшая чувство вины за ошибки и ригидные и идеалистические представления супервизируемых о проблемах и отношениях с пациентами» [6, с.10-11]

Джейн Найт пишет: «Важной функцией является реакция супервизора на тревогу аналитика и оказание помощи в ее контейнировании. Эта тревога может быть обусловлена беспокойством пациента, или трудностью работы с конкретным пациентом, или тревогой аналитика по поводу его переноса на пациента или супервизора. В то же самое время любой человек, который показывает свою работу другому, особенно в том случае, когда ему требуется помощь, испытывает определенное беспокойство, поскольку речь идет о раскрытии его личного стиля работы, его личного понимания конкретного случая и, соответственно, его неуверенности по поводу происходящего. Особенно трудно такая неуверенность переносится аналитиком, следующим некоему внутреннему идеалу и страдающему избыточной тревожностью [2].

**Менеджерская или нормализующая функция** «позволяет контролировать качество работы, устранять «слепые пятна», контрперенос, защищать пациента через гармонизацию профессионального поведения супервизируемого. Во многом это происходит не из-за недостатка опыта и знаний, а из-за человеческих слабостей, уязвимых областей личности, индивидуальных предубеждений и т. д.». «Личное Я» по Л.Кесселю.

С помощью менеджерской функции оценивается направление работы супервизанта, осуществляется оценка его профессиональной деятельности, ролевого репертуара и распределения ответственности. Представленную функцию супервизии иногда называют сторожем в профессии (gate-keeper) [6, с.17-18].

## 2. Профессиональная личность.

Калейдоскопическая модель как вспомогательный инструмент супервизии

В главе 1 были описаны цели супервизии. Главной целью супервизии является повышение качества профессионального функционирования специалиста в реальной повседневной практике. Второстепенной задачей является содействие устойчивому развитию профессиональных компетенций специалистов.

Для достижения поставленных целей супервизору необходимо сосредоточить своё внимание на двух объектах. Первый объект Л.Кессель называет «профессиональным измерением»; второй, позволяющий развивать первый и являющийся условием для его развития, называет «учебным измерением».

Объекты супервизии	Фокус супервизии	Измерение
Первичный объект	Профессиональное функционирование	Профессиональное измерение
Вторичный объект	Процесс развивающего обучения	Учебное измерение

В этой главе мы рассмотрим профессиональное измерение супервизии, а глава 3 данной работы будет посвящена учебному измерению супервизии.

По мнению Луиса ван Кесселя функционирование в качестве профессионала требует от специалиста постоянного осознания и интеграции двух составляющих элементов: личных аспектов и профессиональных требований. Оба эти аспекта динамично переплетаются в реальности профессиональной деятельности (рис. 2).

С одной стороны, специалисту необходимо учитывать и действовать в соответствии с предписываемыми методическими принципами и профессиональными требованиями организации, в которой он работает. С другой стороны, принципиальное значение имеет способность профессионала сознательно и целенаправленно использовать свой личный образ действий, мышления и чувств. Спонтанная личная реакция неуместна. Также специалисту необходимо формировать свое поведение, ориентируясь на требования конкретной профессии, которую он практикует (Van Kessel, 1990; Van Kessel/Haan, 1993).



Рис. 2. Двумерная интеграция, необходимая для профессионального функционирования (Louis van Kessel, 2020)

Идентичность «Профессиональная личность» или «Профессиональное Я» служит основой для личностно-профессионального поведения в конкретных профессиональных ситуациях.

На профессиональную деятельность специалиста, оказывающего социальные, консультативные услуги влияет множество факторов:

- уникальность и своеобразие ситуаций (в нетипичных ситуациях стандартные техники не уместны)
- неопределённость в процессе и в достижении результатов
- личностная вовлечённость в профессиональное взаимодействие

Луис ван Кессель сложное динамическое переплетение контекстуальных, профессиональных, личных аспектов, обуславливающих профессиональную деятельность специалиста, предлагает рассматривать через фокусы, выработанной им калейдоскопической модели.

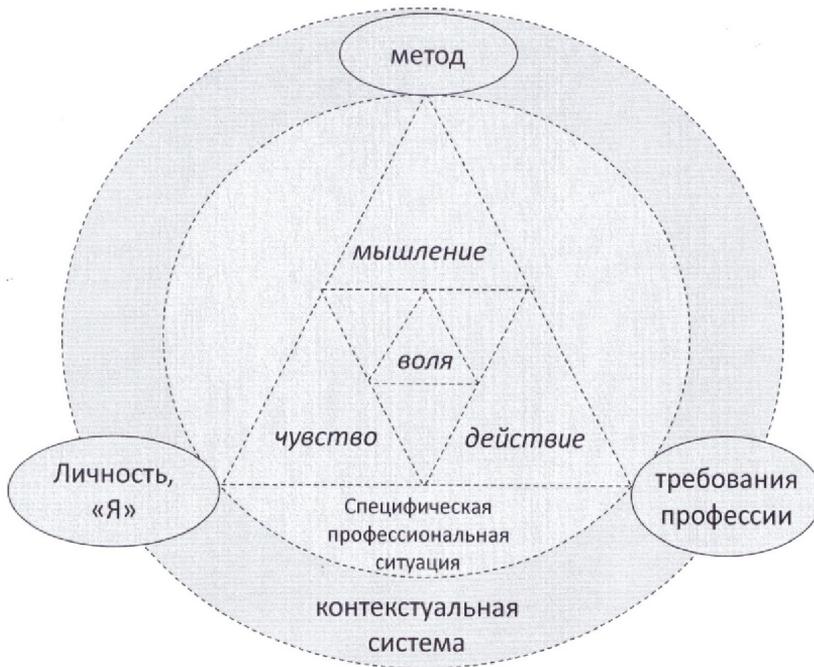


Рис. 3. Интегративная калейдоскопическая призма аспектов профессиональной деятельности (Louis van Kessel, 2020)

**Элемент «Метод»** включает совокупность общепсихологических знаний, представления о структуре и функционировании личности, базовые постулаты той психотерапевтической школы, в которой практикует специалист. Детерминирует принимаемые решения в профессиональной деятельности. Содержит фильтры восприятия, жизненная парадигма клиента.

Компонент модели «Метод» согласуется с элементом «Требования профессии»: методические действия специалиста должны соответствовать характеру и требованиям деятельности, которую выполняет.

### **Элемент «Требования профессии»**

Подразумевает соблюдение требований этического кодекса, стандартов, установленных профессиональным сообществом. Позволяет специалисту действовать в соответствии с нормативами и регламентами. Является неотъемлемой частью профессиональной деятельности.

### **Элемент «Контекстуальная система»**

На специфику трудового процесса, фактическую производительность, эмоциональное состояние специалиста влияет социально-исторический, социально-политический и социально-экономический контекст.

### **Элемент «Личное «Я»»**

На динамику отношений специалиста, оказывающего социальные услуги, и клиента – получателя услуг, влияют личные характеристики: их убеждения, ценности и установки, сформированные защитные механизмы психики и паттерны поведения.

То, как специалист интегрировал фундаментальные положения теории, способы его реагирования на ситуации, особенности взаимоотношений с клиентами и коллегами отражают сочетание компонента «Метод» с компонентом «Личное «Я»».

### **Элементы «Мышление», «Чувство», «Действие», «Воля»**

«Мышление» – осознание содержания своих мыслей супервизантом, личных убеждений и ценностей, а также способа мышления. Аспект «Чувство» включает особенности эмоционального реагирования в контакте с клиентом, коллегами. Аспект «Действие» описывает паттерны поведения психотерапевта и клиента. Аспект «Воля» описывает намерение, напряженную интенцию с потенциалом к реализации намеренного плана.

Вышеперечисленные компоненты переплетаются с такими аспектами модели как: «Личное «Я»», «Требования профессии» и «Метод». Способ мышления, специфические чувства, мысли и действия должны вписываться в требования, предъявляемые к профессиональной деятельности. «Специалист сферы услуг определяет свое поведение (компонент «Личное «Я»») на основе осознания требований профессии (компонент «Требования профессии») и желаемых методических принципов (компонент «Метод») как его части. Более того, он/она осознает влияние конкретной рабочей ситуации, а также должен сознательно учитывать, как «Контекстуальная система» влияет на рабочую ситуацию, его/ее концепцию работы и фактическую производительность [8, глава 3].

Был в моей практике эпизод, когда супервизант, чувствуя отдаление от клиента пытался найти что могло бы оживить интерес, только ощущая включенность и эмоциональный контакт со стороны клиентов, видя положительную динамику в их состоянии, он чувствовал себя эффективным.

На мой вопрос можно ли поставить знак равенства между отсутствием динамики у клиента и неэффективностью терапевта, его плохостью как профессионала, супервизант ответил отрицательно, сказав, что жёсткая привязка к результату может быть похожа «на клетку ожиданий».

Данный пример иллюстрирует взаимодействие компонентов «Мышление», «Чувство», «Действие», «Личное «Я»».

Специалисту для выполнения профессиональных задач нужно постоянно осознавать, как компоненты и аспекты модели в динамическом взаимодействии влияют на

его действия, а также быть способным привести их в надлежащий баланс. Приобретение этих навыков необходимо для развития компетентности, позволяющей функционировать интегративно и интегрировано как **личность-профессионал** в различных профессиональных ситуациях, с которыми он сталкивается.

В ходе решения профессиональных задач, профессионалу необходимо обладать тремя способностями: способностью осознать опыт; рефлексивной способностью и интегрирующей способностью, которые понимаются Луисом ван Кесселем как промежуточные цели супервизии (рис.4)

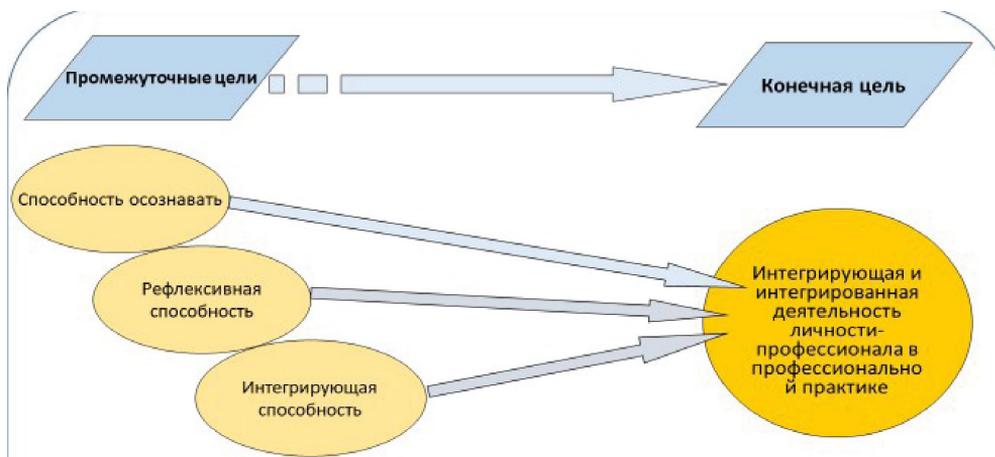


Рис. 4. Способности к интегрированной и интегрирующей деятельности как промежуточная цель супервизии (Louis van Kessel, 2020)

**Способность осознать опыт** «включает в себя осознание того, что мы переживаем (объект опыта), осознание себя как субъекта опыта и осознание себя как владельца опыта, который мы переживаем» (Guillot, 2017). Является необходимым условием для рефлексии.

Осознание субъективно и уникально. Оно состоит из мыслей, ассоциаций, воспоминаний, чувств, ощущений и наблюдений.

Профессионалу необходимо осознать, признавать и принимать то, что происходит во время выполнения профессиональных действий и то, что было пережито. Более того, специалист должен уметь выражать это в словах. При необходимости супервизор будет помогать и направлять его/ее во время супервизионных сессий для развития этих навыков.

### **Рефлексивная способность**

Для профессионала важно обладать рефлексивной способностью, которая позволяет распознавать как компоненты калейдоскопической взаимодействуют между собой и влияют на его профессиональное поведение, а также рассматривать возможные варианты действий и вырывать тот, который наиболее эффективен и приемлем в данной ситуации.

Приобретенная способность к рефлексии позволяет действовать специалисту как «рефлексивный практик» (Schön, 1983).

**Интегрирующая способность** касается:

- а) процесса преднамеренного и сознательного взаимного согласования профессиональных целей, поставленных в рабочей ситуации, собственным навыкам и способностям, а также соответствия профессиональным критериям.
- б) соответствия желаемой цели профессиональным принципам.  
Профессионал должен уметь оценивать, насколько его действия соответствуют желаемой цели и соответствуют профессиональным принципам. Кроме того, важно, чтобы специалист чувствовал себя комфортно и уверенно во время выполнения задачи.
- в) возможности учитывать свои чувства и предпочтения, а также нормы и ценности. Интегрирующая способность включает в себя не только умение сочетать собственные способности и профессиональные цели, но и умение управлять своими эмоциями и соблюдать профессиональные нормы и ценности.

Результатом рефлексии должно стать понимание того, как специалисту можно сбалансировать аспекты и компоненты, описываемые калейдоскопической моделью, какие изменения в способе поведения целесообразны, что для этого необходимо сделать.

Сопровождая **развивающее обучение** профессионального аспекта супервизанта, супервизор направляет его в исследовании следующих вопросов:

- осознает ли он, и если да, то до какой степени, какие компоненты и аспекты, в какой взаимосвязи, каким образом и с какими эффектами влияют на его профессиональную деятельность.
- каким компонентам и аспектам модели следует уделить больше внимания, и как супервизант может привести их к большему балансу в ходе выполнения профессиональных задач в своей конкретной практике;
- чему и каким образом нужно ещё научиться, чтобы быть более способным осознавать соответствующие компоненты и аспекты и привести их в большее равновесие [8, глава 3].

В процессе супервизии супервизант побуждается к обнаружению своих типичных паттернов поведения, способах решения профессиональных задач, супервизант начинает осознавать несоответствия между аспектами (мышление, чувство, воля, действие) по отношению друг к другу и их взаимную интеграцию с компонентами (личностью, профессиональной системой взглядов, методом) и контекстуальной системой (конкретная рабочая ситуация, организация, профессиональная ассоциация, более широкий социальный контекст).

Исследуя под руководством супервизора, как различные аспекты калейдоскопической модели влияют на его профессиональную деятельность, специалист получает более многогранное представление о выполнении своей задачи и о том, как он мог бы справиться с трудностями. Рефлексируя эти вопросы в процессе супервизии и применяя интегрирующее регулирование в практике, профессионал сможет перейти к деятельности на уровне более интегрированной профессиональной личности, делая лучший выбор, более эффективно работая с клиентами.

Ниже будет приведен мой отчет по итогам работы с супервизантом с использованием калейдоскопической модели Луиса ван Кесселя. Сессия состоялась 05.07.2023, и терапевт и супервизант являются участниками учебной программы повышения квалификации, соответствующей европейским концепциям и стандартам. Разре-

шение на публикацию получено. Сокращением SV-r (supervisor) в тексте обозначен супервизор, сокращением SV-es (supervisees) – супервизант. В кавычках будет приводиться прямая речь супервизантки.

Тема встречи и данной работы: личные истории, влияющие на процесс терапии.

Запрос супервизанта: «как, зачем попадаю в сложносочиненные истории с некоторыми клиентами. Как мне «удаётся» смешивать контексты? Что я пропускаю? Что происходит? Где не удерживаю границы? Найти своё слепое пятно».

Описание кейса: Клиентка женщина в возрасте 40+, по профессии психолог в социальной сфере, «с нарциссическим радикалом, с низкой эмпатией и жесткими суждениями». Посещала на обучающую группу по транзактному анализу для психологов, которую ведет супервизантка.

На индивидуальные консультации к супервизантке приходил отец клиентки (возраст 60+), он посещал обучающую группу по транзактному анализу для клиентов. «Родители со сложной историей – оба родителя убежали в брак из дисфункциональных семей». На сессии ходила младшая сестра клиентки и мама. В семье есть семейный врач с видящим глазом, который отказался некоторое время назад от клиентки (фокус «Контекстуальная система» клиента).

SV-es: «Периодически клиентка начинает меня вести, пытается руководить мною. На что я отвечаю, что я не совсем понимаю, я не пойду туда, объясняла, как вижу я. Приходя на следующую сессию она говорит, как её «бомбило» после встречи. В ответ на моё предложение закончить терапию, поменять меня на кого-нибудь другого, клиентка говорит, что нет, я ей помогаю и её всё устраивает. На следующей сессии клиентка снова формулирует запрос, говорит о том, что моя функция будет её сопровождать. Часть сессии мы конфронтируем, потом она сдаётся, благодарит уходит и на следующей сессии всё повторяется. Каждый раз видеть её фамилию в списке для меня испытание.

Последние 2 сессии мне удавалась проговорить с ней контракт и работать так, как это вижу я. Я довольна тем, что мне удалось с января выстроить с ней границы, хотя пытается всё ещё мной руководить, но более мягко. При этом на группе клиентка признает моё лидерство, а в кабинете она начинает конфронтировать. Это странная терапия».

SV-r: с каким запросом пришла клиентка? Кто из семьи является заказчиком?

SV-es: клиентка пришла чтобы: 1) выйти из семейного сценария; 2) начать жить своей жизнью – вернуть себе себя.

При этом происходит какая-то подковерная игра, как только мы подходим к терапевтическим интервенциям, клиентка говорит, как нужно делать, чтобы ей было хорошо.

Я озвучила типичный цикл взаимодействия терапевт-клиент.

SV-es: Я хочу, но боюсь сказать ей, чтобы посетила психиатра (фокус «Чувство» терапевта). Я хочу, готовлюсь, но каждый раз не говорю (фокус «Действие» терапевта). Рот как будто запечатан... Как будто мне неловко, я боюсь её обидеть, как будто боюсь её бурной реакции (фокус «Чувство» терапевта). Как будто мы обе об этом думаем, но не озвучиваем (фокусы «Действие» терапевта, клиента).

Вопрос «Что с тобой происходит?» мне самой казался неуместным, и супервизантка в конце обсуждения работы в паре подтвердила, что если бы она знала, то не выносила бы этот кейс на обсуждение.

Далее, интервенция: как «замалчивание» вопроса о посещении психиатра работает на продвижение терапевтического процесса повис в воздухе. Сейчас понимаю,

что он был не уместен, но не могу вспомнить с какой целью я его задавала, вероятно я хотела обратить внимание супервизантки на то, как замалчивание отражается на терапевтическом процессе (фокус «Воля» терапевта).

SV-es: как будто есть негласный договор – главную правду друг другу не говорим. В какой-то момент она принесла выраженную депрессивную симптоматику, но мне как будто кто-то кладет печать, и я не говорю о необходимости сходить на консультацию к психиатру. Мне видится, что на процесс коммуникации терапевта с клиентом влияет бессознательное отыгрывание с обеих сторон, некоторый психический материал пока не доступен осознанию.

SV-r: какие её слова и действия приводят к тому, что ты таким образом реагируешь? (фокусы «Действие» клиента, терапевта).

SV-es: с одной стороны она меня раздражает, с другой к ней много сочувствия (фокус «Чувство» терапевта). Но я не даю ей таблетку: «мучайся, зараза» (фокус «Действие» терапевта).

SV-r: Как ты выражаешь своё отношение (раздражение, сочувствие)? Проговариваешь? (фокус «Действие» терапевта).

SV-es: про сочувствие говорю, а раздражение проявляется в отстаивании границ, когда я говорю: нет, я этого делать не буду. Чувства не называю (фокусы «Чувство», «Действие» терапевта).

SV-r: как будто бы нельзя говорить про плохие чувства? (фокус «Мышление» терапевта).

SV-es: да, так.

SV-r: что тебе помогло бы проговорить твоё чувство раздражения? (фокус «Мышление» терапевта).

SV-es: уверенность что она выдержит, поймёт правильно.

SV-r: складывается ощущение, что ты её бережёшь, но возникает вопрос насколько это для неё во благо? (фокусы «Мышление», «Метод», «Воля» терапевта)

SV-es: с родителями она практически не общается, с сестрой не общается несколько лет, доктор от неё отказался, единственный человек с которым она проживает свои трудности, это я. Видимо присутствует страх, что связь между нами разорвётся и она останется без кого бы это ни было (фокусы «Чувство», «Мышление», «Метод», «Воля» терапевта).

SV-r: в какой роли она тебя видит, что она от тебя ждёт?

SV-es: очень надеюсь, что выступаю в качестве устойчивой фигуры, которая выдерживает все её ужимки и прыжки. Как родитель способный выдержать её необузданный неструктурированный внутренний мир (фокусы «Мышление», «Метод», «Воля» терапевта).

Мозги структурированы, а чувства и представления о себе в этом мире хаотичные, ранние, архаичные.

SV-r: ты выступаешь в роли хорошей матери и принимающего контейнера? (фокус «Воля» терапевта).

SV-es: контейнер точно, может не хорошей, но терпеливой матери точно (фокусы «Мышление», «Метод», «Воля» терапевта).

SV-r: и.. насколько это соответствует её запросу? (фокус «Воля» терапевта).

SV-es: её мама очень сдержанная, холодная, малоэмпатичная, достаточно категоричная и скрытная. И тогда, если мы говорим об изменении сценария, а без внешних и внутренних опор, без формирования теплого, принимающего внутреннего родителя – это невозможно, то тогда моя роль соответствует нынешнему этапу, позже мы смо-

жем перейти к работе с внутренними травмами (фокусы «Мышление», «Метод», «Воля» терапевта). Сейчас мне как-то поспокойнее становится (фокус «Чувство» терапевта).

SV-r: за 10 минут до окончания сессии хочется вернуться к твоему запросу и исследовать материал сессии с конфронтацией, там кажется много важной информации.

Как ты думаешь, если пойти по сценарию клиентки? (фокус «Мышление» терапевта) Либо на каждом этапе вскрывать не проговариваемые моменты коммуникации. Что происходит? Что с чувствами? (Этими вопросами хотела исследовать фокусы «Чувство», «Действие» клиента).

SV-es: я не продавливаю своё видение. Мы ищем компромиссный вариант, чтобы я понимала, что я делаю и была спокойна за результат. Мы находим что-то с чем она соглашается. (в этом моменте есть противоречие с тем, что говорила супервизантка о конфронтации с клиенткой в начале сессии, но я не обратила внимание).

SV-r: как ты думаешь это её искренне желание?

SV-es: иногда мне кажется, что искреннее желание, иногда мне кажется, что она мне подыгрывает. И когда я это чувствую и спрашиваю, она говорит, нет-нет, всё нормально.

SV-r: как будто у неё не хватает смелости проговорить быть искренней до конца.

SV-es: как и мне не хватает смелости поговорить про психиатра. Возможно её страх, что я не буду с ней работать, останавливает меня от разговора.

SV-r: вернёмся к твоему запросу. Стало ли для тебя яснее, что происходит?

SV-es: мне стало спокойнее внутри. То напряжение, которое было вначале, стало снижаться (фокус «Чувство» терапевта). Есть хороший повод подвести итоги работы: насколько мы продвинулись в её запросе, озвучить своё видение – что происходило с нами всё это время, и я могу ей рекомендовать посетить терапевта видя её сложное психологическое состояние и периодические жалобы на соматическое состояние.

SV-r: время закончилось. Как твоё состояние? (фокус «Чувство» терапевта)

SV-es: больше порядка внутри меня, больше структуры, больше свободы и света.

Минирефлексия по завершении супервизионной сессии: в начале работы я чувствовала волнение из-за присутствия наблюдателя, потом включилась в работу, и оно немного стала снижаться. Тревога была ещё связана с тем, что есть убеждение, что нужно обязательно решить, точнее даже разрешить затруднительную ситуацию – помочь клиенту / супервизанту. Много тревоги и напряжения возникло, когда супервизантка сказала про младшую сестру, возможно это параллельный процесс и похожую тревогу испытывает терапевт, т.к. очень много связанных коммуникаций в семейной системе, и для того, чтобы разобраться нужно вкладывать больше энергии на удержание «узора» коммуникации.

Было много гипотез что можно исследовать, но в моменте я не знала куда направить внимание, в большей степени хотелось «препарировать» коммуникацию терапевт-клиент, сделать видим для супервизантки то, что оставалось неосознаваемым.

Мне казалось, что на какие-то мои интервенции о чувствах супервизантка отвечала в другую сторону, возможно это тоже параллельный процесс: между нами, что-то происходит, я это замечаю, но не озвучиваю супервизантке. Я боялась потерять основную гипотезу, и если задать вопрос что происходит, то мы уйдём куда-то и я там «закопаюсь», поэтому мне проще было идти в более понятную для меня сторону, плюс я понимала, что у нас не так много времени. В реальной практике, а не в обучении, я бы, наверное, обратила внимание супервизантки на особенности нашей коммуникации и на следующих сессиях вернулась к этому моменту.

Свои интервенции я строила с целью прояснения слепого пятна, предполагая, что это поможет супервизантке ответить на вопрос как она попадает в сложносочиненные истории. Вероятно, это нужно чётче артикулировать для супервизанта. Для меня запрос в большей степени был про неосознаваемые чувства.

По итогу учебной супервизорской сессии я определила для себя следующую учебную задачу: формировать (вращивать) наблюдающее Я, т.к. когда погружаюсь в процесс исследования затруднений супервизанта и активно строюсь ему помочь найти решение – моего объёма внимания и мышления не хватает для отслеживания всех фокусов. Такое «спасательство» терапевта с моей стороны скорее служит подпиткой чувству собственной важности, чем обращено на содействие в развитии профессиональных компетенций супервизанта.

### **3. Учебное измерение супервизии**

Данная глава будет посвящена учебному аспекту супервизии. Основная функция учебного измерения заключается в развитии профессиональных компетенций специалиста.

Учебные компетенции являются существенной частью профессиональных способностей и необходимы для того, чтобы супервизия стала эффективной в профессиональной практике посредством переноса знания, поэтому в процессе супервизии необходимо обращать внимание на тот способ, которым обучается супервизант, каким образом он демонстрирует свою способность к обучению. Это является важной частью процесса и называется «мета-обучением» (Miles, 1967).

По окончании цикла супервизии «интернализированный внутренний супервизор» (Bell et al., 2017; Henderson & Bailey, 2018) позволит успешно применять полученные знания и опыт в текущих и будущих обстоятельствах, будет способствовать самостоятельности супервизанта в решении профессиональных задач без помощи супервизора.

«Супервизия направлена на содействие супервизанту в особом процессе обучения, направленном на развитие и совершенствование его/ее профессиональной деятельности в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Чтобы иметь возможность поддерживать и, при необходимости, улучшать желаемое качество своей работы в повседневных практических ситуациях, специалисту, работающему с людьми, необходима стратегия обучения, соответствующая развитию компетенций, необходимых для выполнения его профессиональных задач в соответствии с профессиональными характеристиками» [8, глава 4].

Луис ван Кессель формулирует следующие **аспекты стратегии обучения**, способствующие развитию профессиональных компетенций:

#### **1. От переживаний при выполнении профессиональных задач к рефлексии**

С помощью супервизора супервизант переходит в роль наблюдателя, что позволяет ему детально исследовать свой способ выполнения профессиональных задач. Такой подход способствует внутреннему критико-герменевтическому диалогу, вызывая процесс рефлексии.

##### **1.1. Повествование делает возможной рефлексию**

Называя словами собственные действия и переживания, супервизант присваивает свои действия и берет на себя ответственность за них (Baart, 1984), что делает возможной рефлексию. Размышляя о том, что было сказано, супервизант погружается в мысли о прошлом опыте и действиях, которые им были упомянуты. Это позволяет

понять, какие задачи обучения и развития ему необходимо выполнить самостоятельно. В результате этого процесса супервизант будет становиться более осознанным и эффективным в своей работе, что в конечном итоге приведёт к повышению качества предоставляемых им услуг.

### **1.2. Описание особенностей собственного профессионального поведения**

Представляя рассказ о своих затруднениях в работе в качестве отправной точки для рефлексии, супервизант должен описать следующие аспекты своего профессионального поведения:

- профессиональные задачи, с которыми он столкнулся в данной ситуации, а также контекст, в котором это произошло. Также важно упомянуть лиц, которые были вовлечены в процесс, и само произошедшее событие.
- свои действия или бездействие в данной ситуации. Что сделал или не сделал, что считал нужным сделать, но не осмелился. Это поможет понять свои мотивы и принять ответственность за свои действия.
- эмоциональный опыт. Какие чувства и мысли возникали в процессе работы, как они были связаны с происходящим и как супервизант справлялся с ними. Это позволит лучше понять свою эмоциональную реактивность в профессиональном взаимодействии.
- то, как интерпретировал вербальную и невербальную информацию, полученную в процессе коммуникации с клиентом. Это поможет понять, какие представления и ожидания были у супервизанта и как они влияли на контакт.
- ретроспективный опыт, проанализировать свои чувства и мысли в отношении произошедшего, соотнести их с личным «Я», профессиональными требованиями ситуации и ранее упомянутыми аспектами. Это поможет лучше понять свои реакции и предпринять действия для их модификации.

Умение описывать и анализировать различные аспекты своей работы является важной учебной компетенцией для супервизанта. В случае если супервизант затрудняется описывать свой практический опыт ясно и конкретно, следует развивать этот навык под руководством супервизора.

### **1.3. Используемая речь показывает аспекты способности к обучению**

Важным источником информации для супервизора, характеризующим способность супервизанта к размышлению, является речь специалиста и его невербальное поведение. Имеет большое значение как описывает супервизант профессиональную ситуацию: языком наблюдателя или языком непосредственного участника ситуации.

## **2. От ретроспективного к проспективному анализу и усовершенствованной деятельности**

Первый этап процесса обучения в супервизии является ретроспективным и индуктивным.

Описание конкретного опыта профессионального поведения в конкретной профессиональной ситуации является шагом вперед к более глубокому пониманию супервизантом своих действий. Для достижения этого понимания, специалисту необходимо пересмотреть свои интерпретации, которые основаны на его системе ценностей и личном опыте. Он должен модифицировать свое профессиональное поведение с точки зрения требований профессии и преобразовать их в соответствии с этими требованиями.

### 3. От рефлексии к действию

На втором этапе обучения в супервизии – дедуктивном и проспективном, супервизор направляет процесс обучения супервизанта на разработку способов улучшения решения профессиональных задач в будущем (Van Kessel, 1989-2019): теперь эмпирическое обучение посредством рефлексии становится связанным с обучением, ориентированным на действие. В основе этого лежит теория эмпирического (экспериментального) обучения (Kolb, 1984; Van Kessel, 1988) [8, глава 4].

### 4. Учебные темы – учебные цели – учебные задачи

Учебные темы и цели возникают вследствие несогласованности между текущей профессиональной деятельностью и профессиональными требованиями.

Супервизанту для развития персонального процесса обучения в супервизии необходимо определить и сформулировать ключевые учебные темы, которые являются для него приоритетными. Эти темы должны быть тесно связаны с целями обучения, которые также должны быть четко сформулированы. Для достижения этих целей, супервизант должен определить конкретные учебные задачи и наметить конкретные шаги по их реализации. Только таким образом супервизант сможет обеспечить эффективное и целенаправленное развитие учебного процесса.

Важно, чтобы учебные темы и цели были конкретными и релевантными для профессиональной деятельности супервизанта. Они должны быть ориентированы на решение реальных проблем и вызовов, с которыми сталкивается специалист в своей работе.

Супервизор может помочь супервизанту

- определить наиболее существенные учебные темы, продвигающие его профессиональную компетентность
- ставить конкретные учебные цели и задачи, затрагивающие профессиональное мышление, чувства и действия в конкретном специфическом контексте.



Рис. 5. Разработка учебных тем, учебных целей, учебных задач (Louis van Kessel, 2021)

«По мере того, как супервизор непосредственно помогает супервизанту в получении умений, необходимых для самостоятельного выполнения цепочки учебных действий – от сообщения о собственных текущих профессиональных действиях и

обсуждения проблем и дилемм, возникающих в связи с этим, и отсюда – для определения тем обучения, целей обучения и задач обучения – супервизия становится более эффективной. В этот процесс должна быть включена глубокая рефлексия интерпретативного поведения супервизанта и того, что может влиять на него, а также убеждений как движущих сил интерпретаций, которые он использует» [8, глава 4]. Рисунок 5 иллюстрирует этот процесс.

Такой подход помогает супервизору и супервизанту развивать более эффективные и продуктивные стратегии работы, а также повышает качество обучения и развития профессиональных навыков. В результате, супервизия становится не только инструментом для решения текущих проблем, но и средством для постоянного развития и совершенствования профессиональных навыков и компетенций.

### **5. Осознание профессиональной системы координат как части стратегии обучения**

Супервизанту необходимо научиться рефлексировать различные аспекты своего профессионального опыта, задаваясь следующими вопросами: какова была моя цель и чего я надеялся достичь? Какие могли и должны были быть мои цели с профессиональной точки зрения? Какими средствами я пытался достичь этих целей? Можно ли было поступить иначе (более профессионально)? Кроме того, можно задаваться вопросом о том, какие компетенции нужно развивать, чтобы это стало реальной возможностью. Наконец, можно задавать себе вопрос о выборе и на каком основании он был сделан, а также: существует ли связь между этим выбором и личными паттернами?

Критическая оценка своего фактического поведения при решении профессиональных задач является частью стратегии обучения супервизанта, позволяя ему постоянно совершенствоваться и развиваться как профессионал.

### **6. Рефлексия и метарефлексия**

Целенаправленное и осознанное осмысление опыта работы через внутренний диалог способствует развитию:

- рефлексивного анализа профессиональной деятельности;
- более осознанного отношения к профессиональным задачам (способность смотреть на свою профессиональную деятельность с «двойной точки зрения» или при помощи «бинокулярного зрения» (Bateson, 1979) «наблюдающего Я» и «участвующего Я»).

Кроме сосредоточения внимания на содержании профессионального опыта, о котором сообщил супервизант, супервизор способствует метарефлексии, направляя размышления специалиста на то, как он представляет свой профессиональный опыт на супервизионной сессии и в какой степени он проявляет способность к размышлению. Это позволяет супервизору эффективно поддерживать и развивать профессиональный рост супервизанта, а также повышать качество его работы.

Под наставничеством супервизора супервизант научается видеть свои сильные и слабые стороны в реализации процесса обучения в супервизии, способы справляться с профессиональными трудностями, получает знания о том, как он может улучшить свои навыки в этой области. Благодаря этому процессу, супервизант может лучше понять свои профессиональные трудности и найти способы их преодоления.

В итоге, за счёт супервизии, супервизант может достичь большего успеха в своей профессиональной деятельности и стать более квалифицированным специалистом.

### ***7. Обучение в супервизии происходит внутри и вне супервизионной ситуации***

Обучение супервизии происходит в двух плоскостях: в рамках супервизионных сессий, включая подготовку к ним и последующую проработку, а также в том, как супервизант применяет полученные знания и навыки в своей текущей практике между сессиями. В том, как супервизант готовится к сессиям, ведет себя на сессиях и насколько активно применяет, полученные в процессе супервизии компетенции в своей повседневной профессиональной деятельности, он демонстрирует свои способности к обучению.

Супервизор – ключевая фигура в процессе обучения супервизанта. Он должен не только сопровождать обучение супервизанта, но и понимать, каким образом тот реализует желаемый и необходимый способ обучения. Если не происходит обсуждения того, как супервизант применяет полученные на супервизии знания в своей повседневной практике, то невозможно говорить о настоящем супервизионном обучении. В таком случае, цели супервизии не могут быть достигнуты или будут достигнуты неполностью.

### ***8. Проблемы с обучением***

Помогая супервизанту в развитии его способности к обучению, супервизору необходимо быть в курсе проблем, которые могут возникнуть у супервизанта в процессе обучения в рамках супервизии. Они могут проявляться в различных аспектах супервизионного обучения и могут отражать проблемы с функционированием на профессиональном уровне. Например, если супервизант чрезмерно выражает свои эмоции – это может отразиться на его профессиональной деятельности. Поэтому важно, чтобы супервизор был внимателен к таким особенностям и помогал супервизанту их преодолеть. Следовательно, один из основных вопросов, который необходимо исследовать в супервизии: как этот супервизант может научиться справляться со своей эмоциональностью? Это также может быть рассмотрено как «проблема обучения», так как подобного рода поведение затрудняет развитие профессиональной компетентности супервизанта.

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что от супервизора требуются не только профессиональные знания, но и способность эффективно помогать супервизанту развивать его личные ресурсы и умения для преодоления упомянутых проблем. Таким образом, супервизия должна быть не только местом для обсуждения профессиональных вопросов, но и для развития личности супервизанта в профессиональном контексте.

Луис ван Кессель описывает траекторию обучения в супервизии следующим образом: от индуктивной фазы, включающей описание конкретного опыта профессионального поведения в конкретной профессиональной ситуации, его разбор и анализ – более глубокое понимание своих действий, супервизант продвигается к дедуктивной фазе, на которой приобретенное понимание своих действий преобразуется в цели для практических действий, которые будут воплощены при решении текущих профессиональных задач в практических ситуациях и направлены на интеграцию в собственные компетенции. Опыт, приобретенный в ходе этой траектории обучения, формирует новый учебный материал для дальнейшего изучения [8, глава 4].



Рис. 6. Траектория обучения в супервизии

Понимание структуры супервизии позволяет супервизанту лучше ориентироваться в процессе, благодаря чему, супервизия становится более целенаправленной и результативной, что в свою очередь способствует профессиональному росту и развитию специалиста.

#### Общая структура процесса обучения в супервизии по Луису ван Кесселю:

1. Супервизант решает профессиональные задачи, основываясь на своих предположениях и своём представлении о необходимом профессиональном поведении: действует и пробует.
2. Делая это, супервизант получает новый опыт, включающий наблюдения, чувства, мысли, даёт им определенные интерпретации и значения. Часто они сохраняются в запоздалых мыслях и сложных чувствах.
3. Супервизант размышляет над полученным опытом и сравнивает его со своим представлением, о том, каким более оптимальным могло бы быть профессиональное поведение в той ситуации.
4. Супервизант развивает собственное понимание.
5. Супервизант делает выводы для будущих сопоставимых и/или новых ситуаций, в которых ему придется действовать, и формулирует, как он хотел бы справиться с ними.
6. Супервизант применяет новые идеи и намерения в своем профессиональном поведении; приобретает опыт и рефлексиирует его.

«По мере того, как этот процесс циклически повторяется в траектории супервизии, супервизант расширяет свое понимание поля обучения. Для него возникают новые учебные темы, он устанавливает новые связи, устанавливает новые отношения и точки зрения и интегрирует их в свое поведение. Результатом этого является циклический процесс обучения, в котором способ решения профессиональных задач все больше и больше соответствует требованиям, которые могут предъявляться к компетентному профессиональному поведению.

Задача супервизора состоит в том, чтобы направлять и помогать супервизанту в этом процессе. Более того, помочь ему стать более способным в организации этого процесса самостоятельным образом, а также в освоении и интериоризации этого как стратегии обучения» [8, глава 4].

Понимание структуры процесса обучения в супервизии является важным фактором для более продуктивного применения супервизии и продолжения этого процесса после его завершения, для эффективного и целенаправленного профессионального роста и развития.

#### **4. Проблема психологических границ в процессе супервизии**

Специалисты, оказывающие социальные услуги, коммуницируют с большим количеством людей. В процессе этого взаимодействия им необходимо учитывать потребности и индивидуальные особенности клиентов, быть готовыми выдерживать их аффективные реакции и возможную критику. То, как практики участвуют в этом взаимодействии, зависит от их личных качеств. Осуществляя профессиональную деятельность, специалисты вольно или невольно вовлекаются личностно, фактически на их работу могут влиять личные убеждения, склонности, ценностные ориентации и установки, а также эмоции и чувства.

Луис ван Кессель (2021) в своей работе «Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере социальных услуг» подчёркивает: «Цель супервизии заключается в том, чтобы супервизант реализовывал интеграцию профессиональных требований (профессиональных знаний и представлений, которые сформулированы в теории практики, а также в этических кодексах поведения) и личностных аспектов (чувств, представлений, установок, ценностей), что проявляется в конкретных профессиональных действиях в ситуациях, когда супервизант решает конкретные профессиональные задачи, выполняет профессиональные обязанности и сталкивается с конкретными вызовами» [8, глава 12].

Личная часть, по мнению ученого, должна прорабатываться только в той мере, в какой она влияет на особенности специалиста справляться с выполнением профессиональных задач, либо если она каким-либо образом определяет поведение консультанта в супервизионных отношениях. Если при анализе индивидуальных особенностей профессионального взаимодействия вскрываются глубокие личные проблемы супервизанта, супервизору важно защищать границы супервизии, рекомендуя специалисту проработать травмирующие кризисные ситуации в личной терапии.

##### ***4.1. Психотерапия, супервизия – границы понятий, границы компетентности***

Психотерапия и супервизия являются параллельными категориями, которые дополняют друг друга и взаимодействуют в единой системе. Некоторые авторы считают, что супервизия – это специфический тип консультирования, который основывается на принципах «дискурса» и «рефлексивности». Обратимся к определению этих понятий.

Психотерапия (от др.-греч. ψυχή – «душа», «дух» + θεραπεῖα – «лечение», «оздоровление», «лекарство») – это система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных, и т.п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путем установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путем бесед и обсуждений), а также применения различных когнитивных, поведенческих и других методик [10].

Супервизия – это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области помогающих дисциплин, таких как психологическое консультирование, психотерапия, клиническая психология и др. «Такие отношения имеют определенную временную протяженность, предполагают оценку и ставят своей целью улучшение профессионального функционирования, а кроме того, подразумевают мониторинг качества профессионального обслуживания клиента» [1, с.9]. Как видно из определения, супервизия – особый вид психологической работы, направленный на профилактику профессионального и эмоционального выгорания специалиста, но не на его лечение.

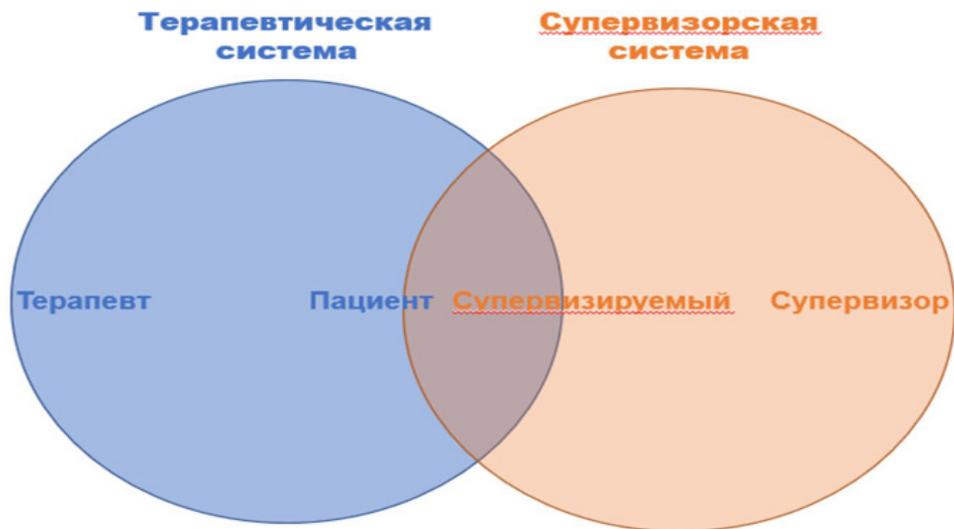


Рис. 7. Терапевтическая и супервизорская системы

Супервизия имеет некоторое сходство с терапией, но различий между ними гораздо больше, чем совпадений. «Как и в консультативной сессии, при супервизии необходимо соблюдать структуру сессии (от установления контакта до заземления), использовать навыки консультирования и соблюдать принципы обратной связи. ...» (Соловейчик М.Я., 2001).

«Можно говорить о явной психотерапевтической составляющей процесса супервизии в случае «отреагирования, завершения эмоциональных процессов» у супервизируемого. Однако, терапевтические интервенции должны в первую очередь служить целям супервизии, а не психотерапии. Супервизор должен осознавать «где он и где супервизируемый находятся сейчас, и чувствовать границы своей ответственности в каждый момент супервизии. И тогда мы различаем, что есть и терапия самой терапии и терапия терапевта в контексте его взаимоотношений с клиентом. В таком случае легко разрешается супервизорское затруднение: «вылечить» процесс лечения, «вылечив» консультанта (и тогда стать психотерапевтом супервизируемому) или помочь ему самому осознать проблемы мешающие оказать эффективную помощь клиенту, используя только стимулирующие и помогающие роли фасилитатора, консультанта и эксперта». [16].

Главное отличие супервизии от личной психотерапии состоит в том, что супервизия – это прежде всего терапия терапии, а не терапевта, это «лечение» процесса лечения, а не процесс лечения терапевта. Супервизия может помочь обозначить личные проблемы консультанта, которые являются причиной его затруднений в работе с клиентом, но работа с этими проблемами должна быть отнесена к другому пространству» (Соловейчик М.Я, 2002).

Супервизор должен следить за тем, чтобы оставаться супервизором для терапевта, а не превращаться в терапевта для клиента. Как утверждал Дональд Юджин Мид: «Цель супервизии – сделать начинающих терапевтов опытными терапевтами, а не опытными клиентами (Donald Eugene Mead) [17, с.58].

Существенное отличие в специфике коммуникации в кабинете терапевта и в кабинете супервизора Холина Н.А. наглядно иллюстрирует следующим образом.

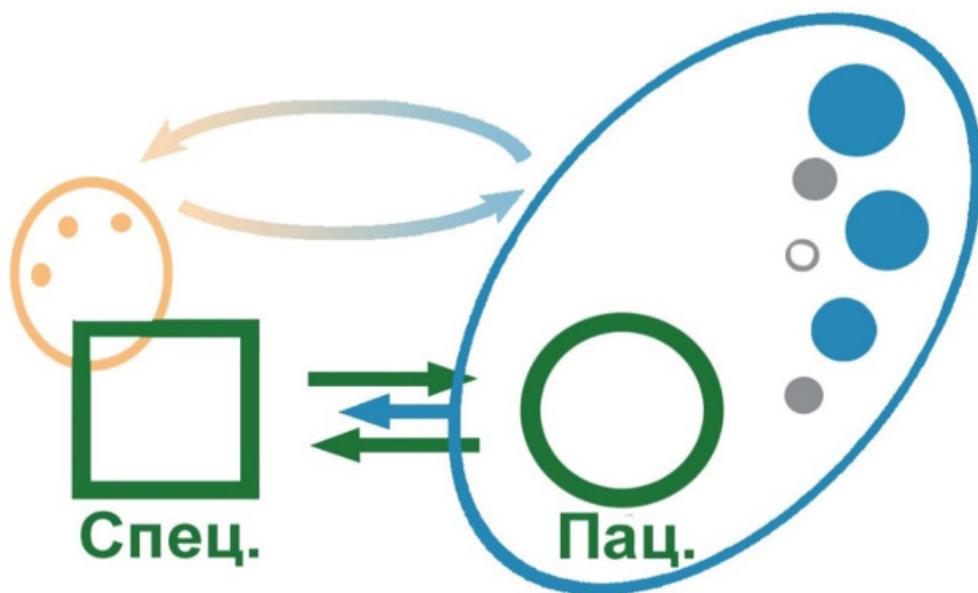


Рис. 8. Коммуникация между психотерапевтом и пациентом

Зеленым цветом выделены двусторонне направленные, «взрослые» коммуникации – словесно выраженные, с опорой на договоренности, обращенные к взрослой и тестирующей реальность части психического аппарата каждого из двоих. Помимо реально происходящего, вербального, рационального и аффективного обмена в кабинете, влияние на коммуникацию оказывает неосознанный материал пациента, непосредственно связанный с его жизненными затруднениями, с его запросом и личной историей. Внутри синего овала автор символически отметила сознательные и бессознательные элементы, в разной степени влияющие и проявляющиеся в кабинете – в виде эмоциональных воздействий, неосознанных манипуляций, поведенческих «отыгрываний», невысказанных желаний и пр.

Бессознательное специалиста изображено в полупрозрачных тонах. Это означает, что влияние внутренних процессов самого терапевта в какой-то степени изучено

и осмыслено им, и его встречное влияние по большей части находится под наблюдением самого специалиста. Проще говоря, специалист хорошо понимает, кто он, где он, в чем заключается его деятельность, каковы возможности и ограничения его интервенций, с чем связана их польза и в чем их смысл, а также справляется с континированием своих эмоциональных переживаний и проявлений (осознает контрперенос, а также прочие реакции, импульсы, желания как по отношению к пациенту, так и не касающиеся его).

Как видим, на рисунке изображен специалист с довольно устойчивой профессиональной идентичностью, а потому его собственное бессознательное (в том числе не имеющее отношения к клиенту) автор рассматривает как второстепенный по силе и степени влияния на коммуникацию в кабинете.

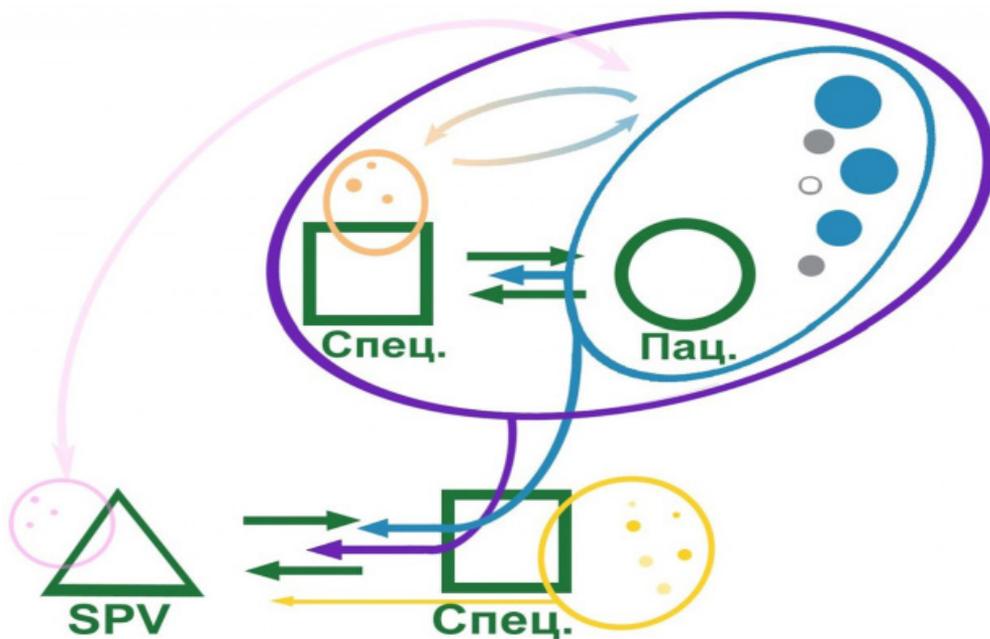


Рис. 9. Коммуникация между супервизором и специалистом, представляющим случай своего пациента

Во взаимодействии отображенном на рисунке 9 на единицу времени приходится гораздо больше слоев, фокусов внимания, мишеней работы, и неизбежно подвергнутых какому-то искажению областей (в связи с особенностями восприятия и ментализации каждой личности в двух данных парах). Можно увидеть, каким образом в кабинете супервизора так или иначе присутствует пациент, с его феноменами, затруднениями и историей, хотя это присутствие и будет условным, лишь со слов специалиста вынесенным к супервизору.

Кроме того, в большинстве случаев, какая-то часть психического аппарата специалиста во время супервизии определенным образом реагирует на авторитетную фигуру супервизора. Это влияние также придется учитывать, даже с расчетом на то, что способность к рефлексии у специалиста достаточно высоко развита, и он справляется с тревогой.

Супервизору с особым вниманием следует наблюдать за возникающими в супервизии «параллельными процессами» и всевозможными «разыгрываниями», как относящимися в первую очередь к пациенту, и лишь вторично – непосредственно к супервизии, а уже в третью очередь – к регрессу специалиста; именно они зачастую дают максимально богатые ответы и четкие подсказки в отношении малопонятных процессов пациента или коммуникации в паре с терапевтом.

Таким образом, общая позиция, занимаемая супервизором, заключается в исследовании эмоционального воздействия пациента на супервизируемого, того, что происходит между ними в кабинете, что происходило с пациентом в его прошлом и существует сейчас, но никак не на переработку инфантильного переноса специалиста в отношении супервизора.

Автор подчеркивает, что аффективные процессы супервизора должны максимально перерабатываются им самим. Это вопрос устойчивости и сформированной идентичности супервизора, по-хорошему, опытного практика с достаточным стажем работы и внушительным опытом личной терапии. И все же некоторое влияние функционирования психического аппарата супервизора неизменно будет влиять и на специалиста в процессе супервизии, и на психотерапевтический процесс пациента [15].

Резюмируя вышеизложенное, ещё раз отметим, что супервизия и психотерапия взаимосвязанные категории, однако, они имеют различные цели и задачи. Психотерапия направлена на помощь людям в преодолении их эмоциональных, личностных, социальных и поведенческих проблем. Супервизия же, в свою очередь, является процессом профессионального сопровождения психотерапевта или другого специалиста в области социальной работы и направлена на улучшение качества его работы и развитие профессиональных навыков.

В целом, супервизия и психотерапия являются основой для эффективной работы психотерапевта, что в конечном итоге приводит к достижению положительных результатов у клиента.

#### ***4.2. Границы личного Я в индивидуальной супервизии***

В своей ежедневной деятельности терапевту приходится выдерживать общение с большим количеством клиентов и регулярно погружаться в их личные истории, при этом специалист вынужден сдерживать свои непосредственные реакции. Что делать с этим напряжением? Какой из вариантов решения: супервизия или личная терапия, выбрать?

С точки зрения Арпентьевой М.Р.: «Трудности обратившегося за супервизией специалиста обусловлены его внутренней и внешней профессиональной конфликтной средой. Он привносит на супервизию множественный психологический конфликт или систему конфликтов: клиента и его ситуации, свой конфликт и свою историю. Неосознаваемый конфликт выливается в перенос и оказывает влияние и на процессы супервизии. Фрагментирование, расщепление (как обычный защитный механизм психики индивида), вытеснение и иные виды защит, перенесенные в пространство супервизии, могут оставлять мало места для развития специалиста и отношении с ним, не говоря уже об инновациях в самой супервизии. От демонстрации супервизором типичных или специфичных для данного консультанта «камней преткновения» и «слепых зон», личностных и межличностных причин затруднений в консультировании супервизируемому не всегда становится легче. Специалист может обращаться за супервизией с целью получения ресурса для обретения душевного спокойствия и целостности, а затем уже за профессиональной ясностью: проблемы,

возникающие в психотерапевтических отношениях, часто бессознательно передаются супервизируемому в процессе супервизии. Поэтому сначала необходимо помочь реструктурировать пространство – время переживаний специалиста, а затем – обратиться к ясности в осознании происходящего» [11, с.29].

В подходе, ориентированном на супервизорскую матрицу (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001), помимо материала клиента и супервизируемого, анализируются отношения между супервизором и супервизируемым. Роль супервизора, в рамках этого подхода заключается в том, чтобы «участвовать, размышлять, и обрабатывать отыгрывания, а также интерпретировать темы отношений, возникающие внутри любой терапевтической или супервизионной диады, супервизор больше не является невовлеченным экспертом.

В личностно-центрированной терапии «установки и личные характеристики терапевта, качество отношений клиент – терапевт являются главными детерминантами результатов терапии» (Haynes, Corey, & Moulton, 2003) [Цит.по:11, с.45-46].

Ссылаясь на исследование Эллиса (1991), посвященное критическим инцидентам в клинической супервизии Энтони Уильямс, отмечает значительность личного «Я» в супервизии: «Проблемы отношений и личностные проблемы, влияющие на терапию, обуславливают больше критических инцидентов, ведущих к изменению терапевтической эффективности, чем какие-либо иные факторы» [17, с.79].

В некоторых подходах считается, что супервизируемый может преодолеть трудности в работе с клиентом, если получит понимание относительно своих личных проблем в процессе супервизии. Бернс и Холлоуэй говорят о допустимости «консультирования» в супервизии в тех случаях когда шаг в сторону личного материала супервизанта скажется на профессиональном развитии терапевта (Burns C. & Holloway E., 1989).

Так всё же, какая степень личной работы допустима в супервизии? Где проходит разграничительная черта между супервизией и терапией? В какой момент супервизия превращается в терапию?

Большинство авторов считает, что личностный материал должен появляться на супервизорской сессии только в том случае, если он непосредственно влияет на работу терапевта с клиентами либо на супервизорские отношения.

«Акцентирование внимание только на деталях заявленного случая, «ремесле» терапии, не способствует полному осознанию личных «препятствий» для профессиональной реализации консультанта, и в свою очередь – максимально эффективной супервизии. Излишне идентифицируясь, придерживаясь разговоров исключительно о клиентах и случае, супервизоры бывают даже не в состоянии разобраться, почему знания, суждения и интуиция их супервизируемого оказываются неэффективными. Они замкнуты в роли дидактического учителя, причем даже внутри этой роли действуют ригидно, к великому огорчению и фрустрации их обучаемых. Чем глубже уровень супервизии, тем глубиннее работа с self супервизируемого, тем лучше достигается основная цель самой супервизии: и терапия процесса терапии и помощь терапевту в развитии его профессиональной идентичности в контексте индивидуально-личностных изменений.

По мнению Протински и Прели «терапия» внутри супервизии не только приводит к размыванию границ, но и может ухудшить ситуацию в диаде терапевт – клиент (Protinsky H. & Preli R., 1987), но тем не менее, иногда помощь супервизируемому в их терапевтической работе (связанная с их личными чувствами на сессиях) необходима и уместна. Это может быть помощь в понимании собственных стереотипов, способов

концептуализации, «неразрешенных проблем», которые могут влиять на ход сессий; в осознании того, что препятствует и что способствует осуществлению терапевтических интервенций с конкретным клиентом <...>. Некоторые попытки «вызволить» обучаемого из его тупика могут включать в себя процессы, внешне напоминающие терапию; в подобных беседах существенны их длительность и интенции, на которых они основаны. Если эти процессы принимают систематический характер, супервизор рискует превратиться в терапевта, а его супервизируемый – в клиента [17, с.78-80].

Терапевтическая составляющая в супервизионном процессе должна быть направлена в большей степени на поиск «каменной преткновения», чем на работу с ними, и поэтому её нельзя рассматривать как психотерапию. Задача супервизора тронуть эти «камни», обозначить, даже может быть переместить их так, чтобы расчистить путь к ясности. Что с этим делать, когда и как – это решает сам супервизируемый, беря ответственность за то, как может влиять на профессиональную и личную эффективность.

Подытоживая вышеизложенное, хочется ещё раз подчеркнуть, что опытный супервизор должен чётко различать границы и контекст супервизии и личной терапии. Главное, чтобы терапевт пришел на супервизию терапевтом и оставался терапевтом в процессе супервизии.

Приведу пример из моей практики, иллюстрирующий убеждение в необходимости строгого соблюдения принципа недопустимости терапии в супервизии. Сессия состоялась 29.12.2023. Разрешение на публикацию получено.

Описание кейса: на групповой супервизии супервизант, мужчина около 63х лет, заплакал. Супервизантка знакома с этим участником около 8-10 лет. На группе присутствовало 3 человека, из которых 2 постоянных участника, 1 – новый.

Во время шеринга участники сначала делятся своим личным состоянием, а потом говорят о своем профессиональном состоянии.

Запрос супервизантки: хотелось бы проанализировать ситуацию, понять, что делать в таких ситуациях.

SV-es: на группе было ощущение, что происходит важная встреча людей, происходит что-то хрупкое, но это на время, не навсегда. После группы было ощущение, что что-то могло случиться, но не состоялось. С одной стороны, есть ощущение глубокой работы. С другой – ненормально, что супервизант плакал. Я его обнажила перед группой. Есть сомнения, правильно ли сделала. Может не надо было..Чувствую растерянность и неловкость. Я не должна знать про супервизанта. Это минное поле.

SV-r: в ответ на твой вопрос: «Правильно ли я сделала?», у меня возникает мысль: «Есть ли у меня право оценивать твоё поведение?» и я ощущаю замешательство и у меня нет готового ответа как взаимодействовать с группой.

В начале представления кейса, ты сказала, что участники сначала говорят с своим личным самочувствием, и лишь потом о профессиональном самочувствии. И я с тобой вместе задаю вопросы: 1) что делать в такой ситуации? 2) как они влияют друг на друга?

SV-es: ты сейчас важный момент обозначила. Я задумываюсь, что я что-то с этим делаю?

Вспоминаю другие свои индивидуальные супервизии, когда я со своей стороны даже говорю: мы остаёмся в профессиональном поле, на 1-ой встрече ещё как-то ко мне присматриваются, а на Зей – просто уже начинают открывать те факты, которые мне даже не нужны, и они вроде бы даже и не относятся к кейсу, который мы обсуждаем.

Я думаю, почему привносятся личное? Причем я даже все время это возвращаю, каким-то образом обозначаю, что в личном пространстве мы не работаем, что это материал для личной терапии «вы сейчас очень много говорите про личное».

SV-r: не надо мне говорить про личное когда у нас задача сфокусироваться на профессиональном контексте?

SV-es: да. Я теряюсь в этот момент, потому что я не знаю, как мне быть вот с этим, потому что иногда супервизанты говорят о чем-то очень интимном.

SV-r: давай попробуем рассмотреть как личное терапевта влияет на его профессиональное. Поисследуем как появляется личное и что с тобой происходит? Я бы сейчас фокусировалась на чувствах, на мыслях и на профессиональной позиции.

Что происходит с твоими чувствами?

SV-es: я чувствую растерянность, наверное. Не знаю, что с этим делать.

SV-r: эта растерянность связана с нарушением границ? Ты теряешься от чего?

SV-es: если говорить про вчерашнюю группу, то я же не спрашиваю там что у вас произошло в личной жизни, я спрашиваю как ваше профессиональное самоощущение к концу года, потому что я знаю, что сейчас многих психологов сокращают. Я просто пытаюсь участников как-то настроить на встречу и просто интересуюсь как их профессиональная жизнь.

SV-r: давай попробуем пофантазировать. Тебе действительно интересен профессиональный срез или тебе важно знать как им как людям вот в тот день, в который они пришли на группу? Будто бы есть ожидание того, что для тебя важно их эмоциональное состояние.

SV-es: мне важно, да.

SV-r: ты настолько чувствующий располагающий человек и понимающий насколько влияет эта часть. Мне видится, что как будто бы ты их приглашаешь разместиться в этом безопасном пространстве, потому что каждый из нас нуждается быть выслушанным до конца. Как будто бы ты своим полем ты их к этому располагаешь, при этом декларируя «мы остаёмся в профессиональном поле» и в момент, когда они привносят своё личное появляется растерянность (обращаю внимание супервизантки на внутренний конфликт).

SV-es: Да, в этот момент моя оценочная часть говорит, это не группа психологической поддержки и не терапевтическая группа, это супервизия и оставайтесь, пожалуйста, в профессиональном поле.

SV-r: можем мы пофантазировать? Т.е. сначала появляется твой внутренний терапевт и личность, а потом проявляется супервизор, который не понимает, что происходит? Что могла бы сказать твоя терапевтическая часть внутреннему супервизору: «У нас всё нормально» или «Да, ты прав, мы тут всё неправильно делаем».

SV-es: это как раз и есть мой неявный запрос на сегодняшнюю супервизию: что делать с тем, когда личный материал предъявляется на супервизии. Мне его хочется куда-то убрать, спрятать, сказать, что не надо мне здесь ничего личного. Собственно, я это и говорю, что это материал для личной терапии (здесь можно было бы более детально исследовать убеждения супервизантки).

SV-r: давай сейчас обратимся к фокусу чувств, к твоей растерянности.

SV-es: возникает внутренний критик тире супервизор. Это мужские фигуры – мои учителя, которые наблюдают, чем я занимаюсь. Это внутренняя часть, которая контролирует процесс, которая знает как надо. Я всегда озвучиваю правила работы группы и провожу разграничение. Сейчас понимаю, что как будто я это правило озвучиваю и сама как ведущая позволяю нарушать это правило.

SV-r: получается конфликт, между необходимостью соблюдения правил и их декларацией и тем, что происходит на бессознательном уровне.

SV-es: да.

SV-r: Мне хочется исследовать причину растерянности. Я не думаю, что я сейчас занимаюсь личной терапией. С чем она может быть связана?

SV-es: сейчас я поняла, что это происходит не на всех группах. Я подумала, что это связано именно с конкретным участником, именно он привносит что-то личное... хотя нет, и другие участники. Значит всё равно это про меня (супервизантка уходит в рационализацию, когда я задаю вопрос о чувствах).

SV-r: смотри, что сейчас происходило. Я попыталась обратить внимание на чувства, ты ушла в анализ того, что происходит на группах.

Надеюсь, я не занимаюсь личной терапией – это уже звучит как заклинание..

Как тебе быть с этой растерянностью? Может ли супервизор испытывать растерянность? Может ли профессионал испытывать растерянность?

SV-es: может, конечно. К этой растерянности неловкость прибавляется – я становлюсь свидетелем какой-то истории, которую я не должна знать про супервизанта. Я могу это знать про клиента, но мне не положено это знать про супервизанта (ограничивающие убеждения).

SV-r: для меня появляется тема интимности, в смысле чего-то личного. Если идентифицироваться с ролю супервизора в такой ситуации, то у меня тогда возникают вопросы: «Я как супервизор сталкиваясь с этой интимностью испытываю растерянность и неловкость. Что я могу сделать? Какие интервенции использовать? Могу ли я сказать о своих чувствах? Допустимо ли испытывать такие чувства супервизору? Не нарушаю ли я формат и границы супервизии?»

Получается мы всё время идём на стыке: личная терапия или супервизия сейчас происходит, супервизия или личная терапия.... как будто по минному полю. Минное ли это поле?

SV-es: да, это минное поле для меня.

Я вспоминаю индивидуальные супервизии. Сейчас возникает мысль, что, если я скажу супервизанту: «Вот вы мне сейчас об этом сказали, и я испытываю неловкость, растерянность. Кажется, что в этот момент я прерву что-то важное в нашем контакте».

SV-r: поясни, пожалуйста.

SV-es: если я скажу о своей неловкости, то супервизант закроется, даже может не придёт ко мне на супервизию. Как будто в этот момент я его обрубая. Я боюсь, что испугаю супервизанта и это прервёт наш контакт. Я и так говорю, что я говорю об этом косвенно, неявно (страх потерять супервизанта лишает спонтанности супервизантку).

SV-r: надеюсь я тебя сейчас не задену. Как ты думаешь: слова, что вы привносите личное, не могут прервать ваш контакт?

SV-es (улыбаясь): как будто с моей стороны это менее личное, чем я бы делилась своими чувствами. В этой моей растерянности для меня оценивающая позиция: «Вы как супервизант сейчас делаете что-то не так!».

SV-r: озвучу: т.е. чувствуя неловкость, не говорю об этом из-за боязни потерять контакт и в то же время говоря, что не нужно привносить что-то личное в супервизию – связь и контакт не теряются. Так ли это?

SV-es: ну да. Получается, когда я говорю: «Вы сейчас рассказываете мне свою личную историю. Как это относится к кейсу?» это для меня обходной путь.

SV-r: не звучит оценочно?

SV-es: нет, для меня не звучит оценочно, а когда говорю: «Я сейчас чувствую растерянность» – это оценка в лоб.

SV-r: мне это видится так: я как супервизор открываюсь, демонстрирую супервизанту момент рефлексии своих чувств.

Ты сказала про обходной путь. Что ты обходишь?

SV-es: я боюсь спугнуть, потерять контакт, потерять супервизанта. В этот момент, мне видится, между нами возникает очень-очень близкий контакт.

SV-r: ты боишься этого контакта или боишься его потерять?

SV-es: контакта я не боюсь, я боюсь его потерять. Что я что-то такое скажу и это обидит супервизанта.

SV-r: сейчас попробую проговорить от лица супервизанта: «я не знаю в силу каких обстоятельств привношу что-то личное, но боясь меня обидеть мой супервизор не говорит о своих чувствах, а говорит спрячь это, это не нужно, но делает это боясь меня потерять, боясь меня обидеть». Как тебе это?

SV-es: какая-то сложность.

SV-r: несостыковка получается?

SV-es: да.

SV-r: что случится, если привносу это в супервизорское пространство вы 5-10 минут посмотрите на это вдвоём? Ты скажешь о своих чувствах, супервизант скажет о том, что с ним происходит.

SV-es: я думаю сейчас, это поможет супервизанту.

Сейчас вспомнился случай, когда супервизантка рассказала о своём серьёзном заболевании, этим она делилась и со своим клиентом. И, наверное, если бы я ей сказала, что я чувствую неловкость и растерянность, то, она бы поняла, что примерно тоже самое может чувствовать её клиент, когда она говорит о своей личной истории в процессе терапии, я думаю, что ей бы это помогло. Это дало бы ей понимание того, что она делает в контакте.

SV-r: какой-то новый взгляд?

SV-es: да.

SV-r: как в терапии? То, что клиенту не могут сказать близкие, терапевт обладая умением анализировать происходящее, может не отыгрывая, в бережной форме, обратить внимание на то, что делает клиент в контакте.

SV-es: да. Фактически, если возвращаться к вчерашней группе, то я это говорила, но я говорила это косвенно, не совсем напрямую. Когда я вчера работала с кейсом, я боялась задавать вопросы, я говорила о чувствах косвенно (на действия супервизантки влияет убеждение о недопустимости терапии в супервизии).

SV-r: т.е. как будто держала дистанцию?

SV-es: да. Я побоялась, что, если я напрямую скажу, что для меня в этот момент открывается что-то сокровенное – это ранит супервизанта, я чувствовала растерянность. Я могла бы сказать, что видела слёзы, но в тот момент я испугалась, что накосячила как супервизор.

Я сейчас понимаю, что если бы я поделилась тем, что в моей жизни и в жизни каждого человека есть что-то, что не случилось –и это очень горько и это каждый из нас может оплакивать, то я тогда бы не оставила бы супервизанта в одиночестве, и если бы я рассказала о своих чувствах, то это бы больше объединило нашу группу, я бы показала, что я тоже человек и мне тоже есть что оплакивать и супервизант не остался бы в этой уязвимости и тогда бы он дал мне обратную связь (болезненно это

для него или нет) и тогда бы мы ушли с завершённым гештальтом, кстати этот участник группы гештальтист.

SV-r: ты сейчас говоришь, и мы как будто касаемся личных переживаний. Как с твоей точки зрения то что сейчас происходит влияет на супервизорский процесс?

SV-es: когда я говорила, мне было хорошо, но когда ты сейчас спрашиваешь, внутренний супервизор говорит: «Ты что себе позволяешь на супервизии?», из человеческой чувствующей части мне комфортно, а из рациональной части – нет.

SV-r: давай посмотрим с рациональной точки зрения, с профессиональной позиции: как личное самораскрытие повлияло бы на супервизантов, на их профессиональный рост?

SV-es: я думаю, что хорошо повлияло бы. Я бы не называла факты из своей жизни, а поделилась бы размышлениями. Участник не остался бы одиноким, мы были бы в равных позициях.

SV-r: сейчас пытаюсь договориться с Критикующим супервизором. Насколько здесь происходит крамольное нарушение закона супервизии?

SV-es: я сейчас думаю, что есть определённые правила и их важно придерживаться, важно оставаться в поле супервизии, но в тоже время иногда важно дать какую-то свободу, позволить себе чувствовать, идти за процессом, соблюдая при этом границы.

SV-r: и когда ты даёшь больше места свободе, чувствам, как это может повлиять на контакт с супервизантом?

SV-es: думаю, что это улучшило бы контакт, сейчас вспоминаю, что я избегала контакта глаз, у меня было чувство неловкости.

SV-r: но ты не говорила об этом?

SV-es: да. Мне казалось, что я его обнажила бы.. я не сделала видимым момент что он заплакал, хотя с клиентами я всегда это проговариваю. Сделав это видимым на группе я бы показала его слабость, тем более что это мужчина.

SV-r: мне кажется важным вопрос: что с тобой происходило, что ты не делала это видимым?

SV-es: я думаю что важно делать видимым такие моменты, потому что про это вся психотерапия, да и супервизия (и вновь супервизанта не отвечает на вопрос о чувствах)

SV-r: согласна. Из моего опыта: когда я как супервизор научаюсь замечать и озвучивать – символизировать то, что происходит, я таким образом научаю своего супервизанта, точно также я как как терапевт «научаю» своего клиента такому способу обращения с собственными чувствами.

SV-es: да, участники группы получили бы хороший опыт, который можно перенести и в психотерапию.

Возможно, на следующей встрече группы можно было бы вернуться к этому фрагменту и спросить как это было участнику, может поделиться тем, что это и для меня были очень глубокие переживания... хотя опыт показывает, что это лучше делать в моменте.

SV-r: возможно, если это будет к месту и в контексте.

SV-es: мне сейчас пришла мысль, что делиться своими чувствами было бы полезно. Рассматривая происходящее на супервизии как параллельный процесс, мы можем анализировать, что происходит в контакте у супервизанта с клиентом. Супервизант, кстати, говорил о чувстве неловкости и стыда у клиентки, и это то, что он не проясняет.

SV-r: для меня в неловкости, в отличие от «более понятной» тревожности, много неясности, и когда мы начнём говорить про неловкость мы сможем прийти к понимаю, что это для каждого.

Сейчас завершая встречу хочется спросить: в ситуации привнесения личного в супервизию, что можно было бы делать в будущем с чувством растерянности?

SV-es: для меня с точки зрения супервизорского процесса важно обнаружение своих чувств. Делая их видимыми для себя и супервизанта, мы можем это рассматривать как параллель того, что происходит у супервизанта в кабинете. Когда я делаю видимым свою растерянность, его растерянность, супервизант также может сделать видимым то, что происходит в его контакте с клиентом.

SV-r: можно ли сказать, что сегодня обращая внимание на чувства, мы с тобой ступили на скользкую дорожку личной терапии уйдя с супервизорской? Возможно ли для тебя так поступать в супервизии?

SV-es: нет. Возможно, если я это буду рассматривать как параллельный процесс, то это будет в рамках супервизии.

SV-r: и тогда это не минное поле?

SV-es: нет, это то, с чем можно работать. Если бы я это сделала, то был бы хороший материал для продвижения в понимании случая, который супервизант бы вынес. Если бы я не испугалась того, что мне показалось личной историей, то вероятно терапевт бы продвинулся в понимании своего контакта с клиенткой.

Сейчас я понимаю, что важно было бы наметить с супервизанткой учебные темы. К сожалению, встреча была единичной.

## **5. Супервизионная политика в организации**

По мнению Луиса ван Кесселя супервизионная политика учреждения «задает направление в плане организации и осуществления супервизии, разъясняет необходимые условия и делает прозрачными цели, средства и ожидаемое поведение участвующих субъектов. Она информирует супервизоров, супервизантов, лиц, выполняющих руководящие функции, и стороны заказчиков об их ролях и обязанностях» [8, глава 12].

Положение о супервизионной политике способствует снижению чувства тревоги у супервизантов, способствует повышению их ответственности и самомотивации, служит подспорьем супервизору в построении супервизионной траектории супервизанта, сводит к минимуму возникновение этических конфликтов.

Организация может осуществлять несколько видов супервизии:

### **1. Супервизия с целью обеспечения качества услуг**

Стремясь реализовать прозрачность предоставления профессиональных услуг как часть своей политики обеспечения качества (Van Kessel, 1992), организации могут обязать сотрудников регулярно участвовать в так называемых «управленческих супервизиях» или «административных супервизиях».

Суть данного вида супервизии заключается в мониторинге и оценке работы персонала, позволяющая проанализировать работу сотрудников с точки зрения качества предоставляемых услуг, устанавливать приоритеты в соответствии с миссией организации и потребностями клиентов в обслуживании, а также позволять выявить потребности в обучении и развитии персонала. Осуществляется внутренним супервизором подразделения.

## **2. Супервизия с целью обеспечения непрерывного профессионального развития**

Данный вид супервизии, служащий профессиональному развитию персонала в сфере социальных услуг, обычно рассматривается как дополнительный и отдельный от управленческой супервизии. Для ее обозначения используется несколько терминов: «клиническая супервизия», «профессиональная супервизия», «рефлексивная супервизия», «супервизия практика» или просто «супервизия».

Рефлексивная супервизия направлена на анализ и оценку сотрудником того, как он осуществляет свою практику, помогает формировать и развивать компетенции, необходимые для эффективного функционирования в конкретном поле деятельности, достигается это путем подробного рассмотрения в безопасной и конфиденциальной обстановке профессиональных вопросов из текущей практики. Этот тип супервизии может осуществляться внутри или вне организации с помощью внутреннего или внешнего супервизора [8, глава 12].

В государственном бюджетном учреждении «Московская служба психологической помощи населению» (далее ГБУ МСППН, МСППН, Служба), где я в настоящее время работаю, в 2018 году было принято «Положение о порядке проведения супервизии в ГБУ «Московская служба психологической помощи населению»» (далее Положение). В данном документе отражены общие положения, цели и задачи супервизии, основные виды и типы супервизии в МСППН, также описана организация процесса супервизии.

Супервизия в МСППН осуществляется как комплекс мероприятий, направленных на исследование и осознание психологами-консультантами своего профессионального опыта; направленный на развитие профессионального мышления и компетенций, получение сотрудником профессиональной поддержки.

### **Цели супервизии:**

1. Обеспечение профессионального развития психолога-консультанта, предотвращение профессионального выгорания.
2. Стимуляция развития специальных навыков и компетенций для повышения качества оказываемых услуг.
3. Оценка уровня профессиональных компетенций и профессиональной деятельности специалиста – в случае специализированной экспертной супервизии

Мониторинг степени соответствия работы супервизируемого специалиста стандартам психологической помощи МСППН, а также контроль за соблюдением этических стандартов психологической помощи.

Основные **виды супервизии**, реализуемые в Московской службе психологической помощи населению:

#### **1. Индивидуальная супервизия.**

Супервизор работает с психологом-консультантом, который представляет случай работы с клиентом. Участие в этом виде супервизии предполагает подготовку консультанта: материалы случая и запрос к супервизору. Супервизия может быть сфокусирована на различных аспектах профессионального опыта: психологических особенностях клиента, трудностях контакта, стратегии и тактике ведения случая, «слепых пятнах» в работе, влиянии социального контекста на ведение случая.

## **2. Групповая супервизия.**

Супервизор работает с группой психологов. Состав и модель работы с супервизионной группой определяет ведущий. Основная задача – улучшение качества работы участников с их клиентами, поддержка специалистов и предотвращение профессионального выгорания. Преимуществом групповой супервизии является возможность расширения и развития профессиональных возможностей специалистов за счет обмена опытом с коллегами.

Групповые супервизии в нашем учреждении проводятся 1 раз в месяц. Продолжительность групповой супервизии составляет 3 часа с 15 минутным перерывом, проводится она либо в формате баллинтовской группы, либо с использованием интегративной калейдоскопической модели Луиса ван Кеселя. Группы ведут один или два ведущих, это выездные супервизии в участковых отделах ГБУ МСППН или групповая супервизия на территории службы, куда приезжают сотрудники ДТСЗН.

## **3. Командная супервизия.**

Супервизор работает с группой специалистов МСППН, которые ведут/вели одного и того же клиента (индивидуальный клиент, семья, работа с группой), сюда же относится супервизия пар соведущих. Супервизия фокусируется на прояснение различий и общего в понимании этого клиента, выстраивания целостной стратегии взаимодействия. Рассматривается роль клиента, получающего профессиональные услуги разных подразделений в системе отношений сотрудников.

## **4. Интервизия (эквивалентная супервизия).**

Группа психологов работает без ведущего группы по поводу трудных случаев, проблем, возникающих в деятельности консультанта. Преимущество интервизии – срочная эмоциональная поддержка, обмен профессиональным опытом. Интервизия предполагает наличие правил группы, договоренностей о процедуре работы и назначение модератора, следящего за регламентом. Интервизия – необходимый, но недостаточный вид супервизии.

## **5. Аутосупервизия.**

Самостоятельная работа психолога с материалами текущего или завершенного случая: концептуализация случая, в т.ч. подготовка к супервизии.

По итогам проведенных консультаций психологи-консультанты Службы заполняют карты клиентов, в которых отражают: актуальное состояние клиента (общее впечатление; качество контакта; эмоциональное состояние; выраженные особенности мышления), формулируют гипотезы относительно возможных причин возникновения трудностей, осмысливают возможную стратегию работы со случаем.

В Положении о порядке проведения супервизии в МСППН выделены следующие типы супервизии:

1. Нормативная супервизия. Психолог Службы обязан проходит нормативную индивидуальную супервизию не реже чем 4 раза в год или в комбинации 2 индивидуальных и 4 групповых супервизии в год. Контроль регулярности участия сотрудников в супервизии осуществляет руководитель подразделения. Проходить нормативную индивидуальную супервизию предписано у супервизора не в своем отделе.

Если сотрудник, кроме индивидуального консультирования, имеет интенсивную нагрузку по групповым формам работы (тренинги, группы), то ему рекомендуется получать 2 дополнительные супервизии (на его усмотрение, усмотрение руководителя отдела или усмотрение супервизора по групповым формам работы).

Для молодых специалистов и вновь поступивших на работу в МСППН по результатам экспертной супервизии может быть назначено дополнительное супервизионное сопровождение в групповой или индивидуальной форме 1-2 раза в месяц на определенный срок или рекомендована работа под супервизией наставника внутри своего отдела. С 2021 года новым сотрудникам рекомендуется обучение на годовом курсе повышения квалификации «Основы мастерства: формирование внутреннего супервизора». Контроль за исполнением предписания лежит на руководителе подразделения. Ответственность за своевременную запись и посещение дополнительных супервизий лежит на психологе-консультанте.

Прохождение нормативной супервизии осуществляется в рабочее время по согласованию супервизором и предварительной записи. Ответственность за регулярность и своевременность записи на супервизию несет психолог-консультант. Отказ психолога консультанта от прохождения обязательной супервизий рассматривается как нарушение трудовой дисциплины.

2. Супервизия по запросу специалиста при наличии трудностей или каких-либо вопросов в текущем или завершенном случае.
3. Экспертная супервизия для допуска к индивидуальному консультированию, в т.ч. во время стажировки сотрудника.

Для получения допуска к индивидуальному консультированию психолог-консультант в МСППН проходит экспертную супервизию, которую проводят не менее двух сотрудников отдела супервизии. Предполагается 2 встречи по 1,5 часа с представлением 3х случаев в динамике. По результатам экспертной супервизии сотрудники отдела заполняют «Бланк экспертной супервизорской оценки специалиста» и выдают рекомендации о допуске, условном допуске (с последующей дополнительной супервизией и/или под наставничеством в своем отделе) или недопуске к индивидуальному консультированию.

Контроль за прохождением экспертной супервизии осуществляет руководитель подразделения.

4. Супервизия по направлению руководства в спорных случаях.

Повод для организации супервизии в спорных случаях: жалоба клиента, нарушение правил оказания психологической помощи, этические дилеммы консультанта и Службы. Этот тип супервизии осуществляется по направлению руководителя подразделения или по запросу психолога-консультанта. Жалоба клиента рассматривается в соответствии с Положением о конфликтной комиссии.

Один из этапов рассмотрения жалобы или других спорных случаев – встреча психолога-консультанта с сотрудниками отдела супервизии, где психолог-консультант представляет случай, обсуждает с супервизорами трудности и особенности случая. По результатам встречи составляются заключение и рекомендации для психолога-консультанта и руководителя, направившего специалиста на супервизию. Если на этом спорный случай не разрешается,

то следующий этап: встреча и представление случая для Экспертного совета супервизоров в составе сотрудников отдела супервизии, 2-3-х авторитетных супервизоров Службы и заместителя Директора ГБУ МСППН. По результатам встречи составляется заключение и рекомендации для психолога-консультанта и руководителей ГБУ МСППН.

5. Супервизии внутри отдела интервизии и «наставничество». «Наставничество» – тип супервизионного сопровождения вновь поступившего специалиста (с опытом работы менее 2-х лет в Службе) супервизором. В настоящее время, к сожалению, не практикуется.
6. Супервизия между руководителем отдела и подчиненным не рекомендована за исключением экстренных, кризисных ситуаций.

Условие конфиденциальности супервизии соблюдается во всех случаях кроме Экспертной супервизии и супервизии в спорных случаях (действует частичная конфиденциальность).

Поддержку профессиональной деятельности супервизоров осуществляет методическое объединение супервизоров.

Очевидна потребность переработки «Положения о порядке проведения супервизии в ГБУ «Московская служба психологической помощи населению». Оправдано в новом Положении внести предложение по прохождению психологами 8-10 индивидуальных супервизий в год, вместо 4х или комбинации 2 индивидуальных и 4 групповых супервизий, как это отражено в Положении от 2018 года, так как с 2020 года в период пандемии COVID-19, когда сотрудникам Службы пришлось работать в красных зонах, затем с началом СВО, не справившись с профессиональной неопределённостью, уволилось большое количество психологов, имеющих большой опыт практической деятельности. Штат Службы в этот период пополнялся молодыми специалистами, имеющими опыт консультативной работы 2-3 года. Систематическое прохождение супервизии молодыми специалистами поможет им в осознании слепых зон, рефлексии того, как их личностные склонности и реакции влияют на профессиональные действия, послужит профилактике профессионального выгорания.

Опираясь на знания, полученные в период обучения по учебной программе, соответствующей европейским концепциям и стандартам и учитывая собственный опыт проведения групповых супервизий, вижу целесообразность переработки Положения о супервизии, и в обязательном порядке внесения в Положение раздела, посвященного заключению контракта. Этот момент мне видится базовым, т.к. формулирование целей супервизии, конкретизация методической направленности работы «стимулирует участников к вовлечению в динамику совместного процесса достижения поставленных целей, создает необходимые условия и прочную структуру для процесса обучения, на который направлена супервизия» [8, глава 11]. Однако есть некоторые трудности. Так в настоящее время новым руководством предложен перевод психологов на график работы, когда каждому сотруднику устанавливается индивидуальное расписание, в котором 2 рабочих дня, идущих подряд, сменяются 2 выходными, затем – снова 2 рабочих дня, увеличивается количество консультаций с 5 до 8 в день, предстоит сокращение участковых отделов Службы. К сожалению, профилактика эмоционального выгорания, развитие и совершенствование профессиональных навыков сотрудников, не является приоритетной задачей руководства службы на данной стадии жизненного цикла организации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Супервизия является незаменимым инструментом развития компетенций специалистов разных областей социального взаимодействия. Участие в процессе супервизии под руководством и с помощью супервизора помогает специалистам выявлять и обозначать затруднения, возникающие в текущей работе с клиентами, анализировать причины этих затруднений, выстраивать траекторию обучения, формулируя учебные темы и задачи, направленные на развитие и совершенствование профессиональной деятельности в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Циклический процесс обучения в супервизии способствует повышению квалификации и готовности к решению сложных профессиональных задач на более высоком уровне.

В контексте заявленной темы работы особо хочется отметить, что специалисту важно осознавать, как его когнитивные и эмоциональные реакции, устоявшийся стереотип поведения влияют на его профессиональную деятельность, чтобы он сознательно и преднамеренно мог действовать в соответствии с профессиональными требованиями и стандартами в интересах клиентов, которых они обслуживают. Задача супервизора, не забывая о границах отношений, помочь супервизанту разобраться в понимании происходящего с ним, оставаясь при этом в поле супервизии. И в то же время важно быть внимательным к собственным уязвимостям. Как говорит Макаров В.В., президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги: «Терапевт сам по себе тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии. Самое важное и дорогое, что есть в терапии. Дорогое, как в переносном, так и в прямом смысле. И важно обращаться с самим собой, как с бесценным ресурсом».

При подготовке итоговой работы вспоминался мой опыт становления в роли супервизора. Как от робких попыток применять на практике получаемые в период обучения знания я постепенно продвигалась к более чёткому пониманию структуры и цели супервизии, к способности замечать параллельные процессы, к формированию рефлексивного мышления. Так первоначальные шаги в использовании калейдоскопической модели Луиса ван Кесселя, вызывали много тревоги и беспомощности: «Вдруг за одну сессию не пройду по всем фокусам модели?», «А с чем работать дальше?». Возникло огромное желание самой разбираться в случае, представленном на супервизию, а не способствовать осмыслению супервизантом его затруднений – фактически стать терапевтом, т.к. это понятная и привычная профессиональная роль.

Написание рефлексивных отчётов помогало увидеть привычные способы реагирования, например, требование от себя идеально «проходить» по всем фокусам калейдоскопической модели, избыточная фокусировка на правильных вопросах по каждому компоненту, вызывало внутреннее напряжение и потерю контакта с супервизантом, а непозволение себе взять паузу, выдохнуть, совершить ошибку, лишало творческого вдохновения, решимости попробовать новые непривычные для меня формы работы. С каждым новым кейсом я становилась более уверенной в своих знаниях и навыках.

Подготовка итоговой работы способствовала актуализации изученного за время обучения материала и осмыслению собственного опыта, в частности важности соблюдения границ супервизии.

Благодаря обучению по данной программе я вижу существенную динамику в моём профессиональном развитии и это вдохновляет меня к дальнейшему совершенствованию в супервизорской практике.

## Литература

1. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 223 с
2. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. (ред.-составители). «Супервизия супервизора: Практика в поисках теории». - Когито-Центр, 2006
3. Джейкобс Д., Дональд П. Д., Мейер Дж. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа. СПб, 1997. С. 5–17
4. Калитеевская Е.Р. Гештальт-терапия. М.: МГИ, 2021. 200 с.
5. Коварскис Л. Мысли о супервизии // Познание и переживание. 2023. – Т. 4. – № 1. С. 92–100. doi: 10.51217/cogexp\_2023\_04\_01\_07.
6. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: Учебное пособие для супервизоров и супервизантов. 4-е издание / Сергей Александрович Кулаков. – [б. м.]: Издательские решения, 2022. – 240 с.
7. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – Санкт-Петербург: Речь, 2002. – 236 с.
8. Луис ван Кессель. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере социальных услуг УЧЕБНИК
9. Луис ван Кессель. Супервизия: необходимый вклад в качество профессиональной деятельности на примере концепции супервизии, применяемой в Нидерландах (статья <https://balint.ru/?p=1208>)
10. Меновщиков В.Ю. Консультативная психология: границы понятия, границы компетентности... (статья <https://psy.su/feed/9687/>)
11. Научно-практический альманах «Супервизия в России» – 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022 – 332 с.
12. Супервизия в подготовке специалистов помогающих профессий: проблема психологических границ. Д.В. Лифинцев, А.А. Лифинцева, А.Н. Анцута – Вестник ПСТГУ. Серия IV: Педагогика. Психология. 2020. Вып. 56 С. 97-105
13. Супервизорство: Техника и методы корректирующих консультаций: Рук. для преподавателей психодинам. психотерапии и психоанализа : Учеб. пособие для доп. образования / Даниэль Джейкобс, Пауль Дэвид, Дональд Джордж Мейер. - СПб.: Б.С.К., 1997
14. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
15. Холина Н.А. Основные отличия супервизии от личной психотерапии (статья <http://kholina.ru/?p=2467>)
16. Шмаков В.М. Сходства и различия супервизии и личной терапии (статья [https://vk.com/wall-90608440\\_22](https://vk.com/wall-90608440_22))
17. Уильямс Э. «Вы – супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Перевод с английского Т.С. Дробиной – И: Независимая фирма «Класс», 2001.

## **Предпосылки интеграции каледоскопической модели в профессиональную деятельность частного практикующего супервизора в России**

### **Введение**

Я пришла в профессию психолога 20 лет назад взрослым человеком. У меня за плечами было уже два высших образования и опыт работы в крупных российских банках. И довольно быстро для меня стала очевидна необходимость поддержки и помощи в профессиональном развитии для профессии психолога. Но в отличие от двух других моих опытов работы здесь была особая специфика. Эта специфика называлась личной терапией и супервизией.

И если личная терапия была понятна, поскольку во многом перекликалась со спецификой самой психологической помощи, то супервизия довольно долго была для меня не совсем понятной и очень специфичной помощью.

Безусловно, понимание супервизии осложнялось еще и тем, что 20 лет назад само слово «супервизия» редко употреблялось, не было даже обязательных учебных супервизий в процессе обучения.

Супервизия медленно внедрялась в Российское пространство. Можно сказать, что об обязательных супервизиях для специалистов открыто заговорили не более 10 лет назад.

И поэтому системное обучение супервизии – это для России большая редкость, даже для центральных крупных городов, таких как Москва и Санкт-Петербург.

Однако, были специалисты, которые обучались супервизии у европейских коллег, принимали участие в Международных Конференциях или в Конгрессах с международным участием. Поэтому с начала нулевых в России начали работать разного формата супервизионные группы и индивидуальные супервизоры. Каждая модальность или метод начали возвращать своих супервизоров. Были опытные коллеги, которые отваживались супервизировать работу, не зависимо от принадлежности к методу или модальности. Но в основном предполагалось, что супервизор, супервизант и участники супервизорской группы учились и работают в одном методе или модальности. Т.е., не было инструмента, который позволил бы включать в супервизорские группы специалистов разных модальностей или методов или проводить супервизорские группы для представителей других помогающих профессий.

В последние годы, точнее последние 5-7 лет в России начала внедряться полимодальная модель супервизии. Но у этой модели тоже есть свои ограничения. Предполагается, что у полимодального супервизора могут супервизироваться только специалисты с психологическим образованием и дополнительным образованием в психологическом методе или модальности. Предполагается, что специалисты, которые готовы посещать полимодального супервизора в групповом или индивидуальном формате работают только как психологи-консультанты или психотерапевты.

В моей практике посещения таких групп в составе этих групп не было специалистов других помогающих профессий. И я могу предположить, что такое положение вещей возникло не случайно. Поскольку, в полимодальной группе основные инстру-

менты работы напрямую связаны с профессиональными психологическими понятиями и терминами. И специалист, который в своей практике ежедневно не сталкивается с этими понятиями и терминами будет неизбежно испытывать трудности при участии в такой группе. Или супервизору придется потратить много дополнительного времени, чтобы прояснить эти термины или понятия.

Сейчас, благодаря обучающему курсу подготовки супервизоров по европейским стандартам, который называется «СУПЕРВИЗИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ И НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛОВ, ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ, СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ОБРАЗОВАНИЯ, ПОПЕЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ» (Далее – «Супервизия, как интегративный подход»), появился новый инструмент, позволяющий супервизору работать с представителями разных помогающих профессий. В основе этого нового подхода лежит каледоскопическая модель супервизии.

Каледоскопическая модель супервизии – это совершенно новая для России модель супервизии. При всем многообразии разных моделей проведения супервизии, которые сейчас известны и популярны в России данная модель будет, безусловно, полезной для развития и становления супервизоров в России, так как существенно расширяет возможности по включению представителей разных помогающих профессий в супервизионную работу.

В своей итоговой работе я подробно рассмотрю особенности организации и развития супервизии в России, так как я видела это с позиции своего практического опыта, как частнопрактикующего консультанта, участника интервизорских и супервизорских групп, а затем и частнопрактикующего супервизора. А также я рассмотрю мой опыт развития, как супервизора, через интеграцию новых знаний, полученных на обучающем двухгодичном курсе, и, в частности через внедрение каледоскопической модели, в мою частную практику супервизора.

## **2. Особенности организации и развития супервизии в России с начала 21 века на примере собственной практики.**

Я получила высшее профильное образование (диплом практического психолога) и пришла в профессию 20 лет назад. Так сложилось, что я никогда не работала в государственных организациях в качестве психолога. У меня есть только опыт преподавания специальных дисциплин в том же университете, где я получала высшее образование. Т.е., получилось так, что я сразу стала получать опыт частной психологической практики.

В процессе обучения в высшем учебном заведении у меня и моих сокурсников был опыт участия в терапевтических группах. Это было обязательным в рамках обучения. На тот момент получение опыта личной терапии в разных формах не было обязательным, но по факту являлось чем-то обязательным для реализации себя в этой профессии. Наше терапевтическое мышление тогда формировалось таким образом, что только благодаря личному опыту в терапии можно добиться высокого профессионального качества в работе.

Какое место занимала супервизия на тот момент?

Само слово «супервизия» 20 лет назад было в России не в ходу, также как и понятия супервизор и супервизант. Обычно за начинающими психологами начинали присматривать более опытные коллеги еще в процессе обучения.

Как это выглядело?

Начинающий психолог-практикант проводил работу с реальным клиентом и по определенному шаблону писал отчет о проделанной работе. Для клиентов тоже

была своя форма, которую они заполняли. Эти отчеты передавались руководителю практики, который их внимательно изучал. Далее руководитель мог индивидуально разговаривать и расспрашивать о трудностях в работе или обсуждение работы практикантов происходило в групповой форме. В тот период это называлось не супервизия, а «разбор работы». И если проводить какие-то параллели с историей развития супервизии в Европе или США, то такие разборы очень напоминали «коучинг на рабочем месте». И в этом разборе работы, безусловно, присутствовала и административно-контролирующая функция, а также поддерживающая и образовательная.

После окончания обучения в университете и аспирантуре я начала частную практику в Международном центре практической психологии «Интеграция». Там я арендовала кабинет с почасовой оплатой. Работа в этом центре была организована следующим образом. Клиенты сами выбирали себе подходящего специалиста через ресурсы сайта центра или специалист сам находил себе клиентов через свои собственные ресурсы и работал с ними в арендованном кабинете. Из-за такой организации работы специалисты центра были сильно обособлены, редко пересекались и общались между собой. Но в центре были правила, которые все-таки помогали специалистам знакомиться друг с другом лично, а также и с работой друг друга.

По правилам этого центра один или два раза в месяц все специалисты центра собирались для того, чтобы послушать отчет о работе нескольких коллег. Обычно это занимало 3 часа. Но могли и задержаться, если были жаркие дискуссии между коллегами.

В тот период такой отчет тоже не называли супервизией. Однако, это слово уже употреблялось, так как по сути такие отчеты были очень похожи на групповые супервизии. Поскольку, все время был один и тот же ведущий, был определенный регламент работы, за которым следил и за который отвечал ведущий. И такие разборы работ были направлены на помощь коллегам в их затруднениях в работе.

Были оговорены также **этические нормы**, для подобного разбора работ:

- **Соблюдение конфиденциальности.** То, что обсуждалось в процессе разбора не передавалось в другие источники и не обсуждалось с другими коллегами, которые не были участниками этой группы разбора.
- **Анонимность.** Соблюдение анонимности являлось задачей коллеги, который представлял случай для разбора. Можно было изменять имя клиента, незначительно изменять или точно не указывать другие детали (внешние данные, место жительства, образование, возраст и др.). Эти изменения должны были сделать историю клиента неузнаваемой, с учетом того, что клиенты открыто посещали центр и могли быть узнаны другими коллегами.
- **Уважительное отношение к коллегам.** Ведущий отслеживал попытки перехода на личности (например, нельзя было назвать коллегу глупой или тупой);
- **Уважительное отношение к проделанной работе.** Ведущий отслеживал попытки обесценить проделанную работу (например, рассуждать о том, что работа коллеги была проведена неправильно);
- **Запрет на директивные указания.** Ведущий отслеживал попытки давать прямые указания, как работать дальше (можно было только делиться своим опытом или своим взглядом на работу).

На данный момент подобные этические нормы закреплены в Этических кодексах, на основании которых работают супервизоры во многих крупных профессиональных организациях, таких как ОППЛ (Общероссийская профессиональная психотера-

певтическая Лига, объединяет около 50 методов и модальностей). Я являюсь действительным членом ОППЛ с 2001 года, а также супервизором с 2016 года. И в своей работе придерживаюсь, принятых там, этических норм.

Подобные этические нормы созвучны с тем, что требуется по стандартам АНСЕ, изложенным в [1]:

### **10. Этический кодекс**

10.1 Разговоры и представленные материалы являются конфиденциальными. Супервизор обязуется соблюдать конфиденциальность и секретность и считает себя связанным кодексом поведения [национальной ассоциации супервизоров]. При желании этот кодекс может быть запрошен у супервизора.

10.2 Если возникла профессионально-этическая необходимость решить эту проблему иным способом, супервизор проинформирует супервизанта заранее.

10.3 Супервизант(ы) представляет(ют) информацию о клиентах и коллегах анонимно.

*В случае групповой супервизии необходимо добавить следующее:  
«Все супервизанты сохраняют конфиденциальность в отношении содержания, которое представляется и прорабатывается на сессиях и в ходе них, а также развития обучения и его результатов соучастствующими участниками в соответствии с руководящими принципами ответственного профессионального поведения и всеми соответствующими правовыми нормами».*

Каждому специалисту центра, в котором я работала в начале века, предоставлялось право не менее двух раз в год показать свою работу в открытом формате. Иногда специалист готовился заранее и приносил свои письменные материалы в виде самоанализа своей работы в свободной форме. Никаких заранее оговоренных письменных форм подготовки к разбору работы на тот момент не было.

Как проходил такой групповой разбор?

Специалист, который выносил свой случай для разбора, рассказывал про своего клиента и про свою работу. Он мог также поделиться своими переживаниями по поводу своей работы. В завершении своего выступления специалист говорил о том, насколько он удовлетворен результатами своей работы и уточнял в какой помощи он нуждается на данный момент.

Затем все специалисты могли задавать любые вопросы по работе или иным затруднениям коллеги. Потом желающие высказывали суждения в виде мыслей и чувств по поводу проделанной коллегой работы. Допускалось высказываться и о том, как можно было бы иначе провести работу. Руководитель центра тоже задавала интересующие ее вопросы и высказывала свои суждения о проделанной работе, а также следила за соблюдением этических норм. Кроме этого, руководитель центра организовывала процесс задавания вопросов и общие обсуждения, а также следила за временем.

Завершался процесс отчета традиционными вопросами к коллеге, который представлял свою работу:

- Что было сегодня полезно?
- Что вы готовы взять себе на заметку после сегодняшнего разбора работы?

Эти вопросы задавал руководитель группы (центра).

Эти же вопросы затем задавались и другим участникам, и они могли на них отвечать по мере готовности.

По итогам встреч, подобные разборы работ были очень полезны всем участникам, а не только тому специалисту, который представлял свою работу.

Какая основная функция была у этих разборов в психологическом центре, в котором я работала?

Возможно, присутствовали элементы административного контроля, поскольку деятельность центра контролировала американская организация. И руководитель составляла ежегодные отчеты о составе и деятельности центра. Безусловно, в центре не было бюрократического контроля. Специалистами такие разборы работ воспринимались все-таки, как учебно-развивающие, а не как контролирующие. Это восприятие усиливалось еще и тем, что в нашем центре работали специалисты, которые обучались в разных программах и направлениях. Это были психоаналитики, специалисты по групповой работе, детские психологи, психиатры и другие.

Как была в то время организована индивидуальная работа по оказанию помощи коллеге в преодолении профессиональных затруднений?

Можно было обратиться за помощью к руководителю центра или к другому более опытному коллеге за помощью в индивидуальной форме. Это было на платной основе по индивидуальной устной договоренности.

Групповые и индивидуальные разборы реальной работы были для меня невероятно полезными и внесли существенный вклад в формировании моей профессиональной идентичности. Я думаю, что не только для меня, но и для всех остальных моих коллег, это была реальная помощь в исследовании нашей профессиональной деятельности посредством рефлексии. И это напрямую перекликается с тем, что говорилось в [2].

Поэтому я думаю, что такие разборы работ около 20 лет назад уже имели характеристики супервизии, как мета методического (общего или интегративного подхода) в современном понимании этого слова:

1. В обсуждении случая участвовали специалисты разных подходов. А иногда и разных профессий;
2. Организация этих обсуждений позволяла специалистам чувствовать себя в безопасности;
3. Основная цель этих обсуждений была в расширении профессионального кругозора. Это не был анализ под супервизией. Это было развитие посредством супервизии.

Однако, у наших разборов были свои ограничения. Нашему центру, безусловно, не хватало сертифицированного профессионального супервизора, который прошел теоретическую подготовку и обладал бы конкретными знаниями в области проведения групповых и индивидуальных супервизий. Безусловно, было бы лучше, если бы это был приглашенный специалист, который не являлся сотрудником нашего центра.

Насколько мне известно, во многих частных психологических центрах также проводили подобные групповые разборы и оказывали консультации-супервизии индивидуально, чтобы помогать коллегам преодолевать трудности в работе, а также обмениваться профессиональным опытом.

Как я уже говорила, это не всегда называлось словом «супервизия», поскольку в России было мало специалистов, имевших такую специальную подготовку. Поэтому специалисты не хотели брать на себя лишнюю ответственность и называться супервизорами. В то время те специалисты, которые отваживались проводить супервизорские группы многое делали по наитию. Так было во всех центрах, где я арендова-

ла кабинеты и участвовала в групповых разборах работ. Поэтому часто группы больше напоминали свободное обсуждение коллегами сложного случая. И почти как во времена первых супервизий у Фрейда мы пили чай с конфетами и разговаривали, иногда все-таки яростно споря на грани перехода на личности. И совмещение разных ролей (руководитель центра и ведущий группы разбора случаев) также иногда мешало открытому обсуждению.

Поэтому расширение моего профессионального кругозора и профессиональное развитие происходило иногда не благодаря, а скорее вопреки той стратегии или форме проведения разборов, которая выбиралась ведущим группы.

Затем позднее в России стали появляться интервизорские группы для частных практикующих специалистов, у которых не было специальной супервизорской подготовки, но была потребность обмениваться опытом и помогать друг другу преодолевать трудности в работе. В этих группах также старались соблюдать этические нормы, и часто разрабатывали свои собственные правила и регламенты работы. Интервизорские группы в России на данный момент могут собираться в очном или онлайн формате. В последние несколько лет в России становятся популярны и интервизорские группы, которые организуются по переписке. Т.е., создается групповой чат, в котором специалисты переписываются, обсуждая затруднения коллеги. Подобные интервизорские группы формируются либо по принадлежности к определенному направлению, например, только психоаналитики или семейные психотерапевты. Либо группа формируется из специалистов, принадлежащих к разным направлениям или даже профессиям (в основном в такие группы с удовольствием приходят врачи-психиатры). К сожалению, такие интервизорские группы обычно не заинтересованы в привлечении специалистов других профессий, не имеющих психологического образования.

Я также начала принимать участие в таких группах с 2015 года. На данный момент я посещаю такую интервизорскую группу в очном формате (с марта 2020 года перешла в онлайн формат из-за пандемии коронавируса). Эта группа работает уже 7 лет. Группа начинала работать как закрытая, но сейчас она открытая. У группы есть правила, которые прописаны в дневнике, в котором отражаются все важные для группы события и факты:

- Правила группы со всеми дополнениями;
- График встреч;
- Порядок оплаты аренды и взносы участников;
- По текущим группам описывается следующая информация: ведущий группы, коллега, представляющий случай, количество участников в текущей группе.
- Иногда по желанию тот, кто заполняет дневник группы может описать запрос для разбора.

Моя интервизорская группа собирается два раза в месяц (есть зимние и летние каникулы), и работает 3 часа. За это время обычно разбираются два случая с небольшим перерывом. Каждый раз ведущие группы меняются. Ведущий группы может предложить свою форму работы текущей группы. Поэтому в будущем я планирую проводить такие интервизорские группы с применением каледоскопической модели. С учетом того, что в нашей интервизорской группе более 15 человек, у меня пока не получилось попробовать применить каледоскопическую модель для групповой работы.

Случаи для разбора заявляются заранее, также как и ведущий текущей группы.

По правилам группы часть времени можно выделять для теоретических докладов. Правила в группе могут меняться по предложению одного из участников. Все это определяется прямым голосованием.

Что касается моего опыта участия именно в супервизорских группах, то все складывалось следующим образом.

Мне повезло, и с 2013 года я начала посещать супервизорскую группу, которую вел Меновщиков Виктор Юрьевич, который проходил специальное обучение для супервизоров, как в российских программах, так и по европейскому стандарту подготовки супервизоров.

В 2014 году я прошла российскую программу подготовки (Основы супервизии), и начала сама вести индивидуальные, а затем и групповые супервизии.

В 2016 году я получила сертификат супервизора в ОППЛ (Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига), как безусловный профессионал.

Мой опыт ведения супервизий до вступления в учебную программу «*Супервизия как интегративный подход*» был основан на опыте участия в группах разбора в разных психологических центрах, а также на моем опыте, полученном в процессе обучения основам супервизии по стандартам программ, разработанных в России. Эти программы включали в себя теоретические и практические знания общего характера.

Из теории хотелось бы выделить основные понятия, такие как супервизия и супервизор, история развития супервизии, этические нормы, процесс набора группы для проведения супервизии, заключение супервизорского контракта на работу. Нас знакомили с основными видами супервизий, и основными современными тенденциями в развитии супервизии.

Сразу хотелось бы отметить, что в России курсы по подготовки супервизоров не предусматривали большое количество теоретических и практических часов. Теоретические и практические часы в программах распределялись приблизительно поровну. Предполагалось, что обучающиеся в таких программах могут тренироваться самостоятельно в тройках как непосредственно на занятиях, так и за рамками занятий. А также обучающимся давался список литературы для самостоятельного прочтения. Были также предусмотрены групповые учебные форматы работ.

Для некоторых программ был предусмотрен экзамен в форме открытого показа своей работы перед группой и преподавателем (в качестве супервизанта обычно выступал другой участник этой же группы). Были программы, где открытая работа была обязательной частью обучающего процесса, поэтому по окончании экзамена не было предусмотрено.

Безусловно, это были очень полезные обучающие программы. Они закладывали как теоретические, так и практические основы в работу будущих российских супервизоров. Это можно назвать базовыми программами. На данный момент, насколько мне известно, количество часов в подобных программах постепенно увеличивается и требований к выпускникам становится больше.

Прохождение тех программ по подготовке супервизоров, в которых я лично обучалась, помогло мне легче начать усваивать материалы учебной программы «*Супервизия как интегративный подход*». *И я благодарна специалистам, у которых я проходила эти базовые программы.*

*Кроме обучающих программ в России были также популярны секции по супервизии в рамках Конгрессов и Конференций. Они, как правило, представляли собой открытую работу (как групповую, так и индивидуальную) разных супервизоров.*

*Теперь мне хотелось бы сказать несколько слов о специфике нашей страны в развитии супервизии, как я это вижу.*

1. В нашей стране практически до конца прошлого века не было специальных широко развитых структур для психологической и социальной помощи населению. Частично эту функцию выполняли другие структуры, где супервизия не была предусмотрена.
2. В силу разных обстоятельств наша страна позднее других европейских стран начала обучаться практике в консультировании населения, а также развивать супервизию. И у специалистов, которые хотели осваивать эту профессию, не было возможности массово перенимать опыт у иностранных коллег.
3. На данный момент в России частных практикующих специалистов помогающих профессий в России гораздо больше, чем специалистов, работающих в различных федеральных или местных структурах. Это связано со многими причинами, такими как финансовая привлекательность частной практики и отсутствием здоровой конкуренции со стороны государственных структур (в России только в начале века начали активно развиваться разные структуры психологической и социальной помощи населению и темпы этого развития оставляют желать лучшего).
4. В России на данный момент нет единого профессионального стандарта, для частных практикующих специалистов помогающих профессий, и в том числе для супервизоров. Государство готово это делегировать Профессиональным сообществам (СРО – саморегулируемые организации или иные организации). Однако, процесс идет крайне медленно.
5. В России только последние 3-5 лет разные профессиональные сообщества начали формировать списки супервизоров. Однако, у каждого сообщества свои индивидуальные требования для получения статуса супервизора.
6. Частно практикующие специалисты ищут себе супервизоров и супервизорские группы также частным образом. Учет часов часто не ведется. Или ведется только в рамках устной договоренности между супервизором и супервизантом.
7. Супервизию в России на данный момент не рассматривают как самостоятельный методологический подход и как отдельную дисциплину. Супервизия в России активно развивается в конкретных методах и модальностях. Многие специалисты не принимают полимодального подхода в супервизии.

На мой взгляд, российское образование дало возможность для быстрого освоения различных базовых понятий и навыков в консультировании, психотерапии и супервизии, поэтому в России с конца прошлого века специалисты начали на основе этих базовых понятий и навыков формировать свою собственную профессиональную идентичность, в том числе и в супервизии.

Сейчас в России, на мой взгляд, такой период для развития супервизии, когда уже есть некая основа в виде знаний и опыта. И это дает надежду на более легкую естественную массовую интеграцию с новыми знаниями в этой области.

И я очень надеюсь и верю, что знания, полученные мной на обучающем курсе подготовки супервизоров по европейским стандартам, и в частности сама калейдоскопическая модель будут интегрированы в мою практику, и найдут достойное признание в России.

### **3. Особенности организации работы частного практикующего супервизора в России на примере собственной практики.**

Как я уже говорила, у России есть своя специфика в развитии специалистов помогающих профессий. И где-то мы быстро усваиваем знания и опыт зарубежных коллег, а где-то безнадежно отстаем и тормозим.

Как мне кажется, в отношении супервизии сложилась именно такая ситуация. Мы отстаем и тормозим в развитии интегративной супервизии. До сих пор супервизоров активно готовят в отдельных модальностях, а полимодальная или интегративная супервизия многими специалистами воспринимается, как что-то странное и непрофессиональное. Однако, с самого начала моей практики, как супервизора, ко мне обращались именно за полимодальной супервизией. В этом я вижу некое противоречие в нашем профессиональном пространстве. На деле по факту уже давно существуют и работают интегративные супервизоры и супервизорские группы, а в частных обсуждениях и дискуссиях до сих пор идут споры о пользе и целесообразности развития таких интегративных супервизий. А о том, что супервизия может быть отдельной специальностью, и психологи могут освоить эту специальность легче и быстрее некоторых других, речь вообще не идет.

Я уже писала, что, как 20 лет назад, так и сейчас, в России очень много специалистов (и не только психологов), которые работают частным образом. На уровне государственного контроля им не вменяется обязательная супервизия. Профессиональные психологические организации также довольно долго не вели строгого официального учета супервизионных часов. Такой учет четко велся только внутри одной модальности. Но если специалист хотел получить супервизию у супервизора, принадлежащего к другой модальности, то полученная супервизия могла остаться неучтенной. Однако, специалисты продолжали самостоятельно искать себе супервизоров из разных подходов и модальностей. Они проходили супервизию на платной основе в разном формате, даже без официального учета часов.

Так же обстояло дело и с супервизионными группами. Группы организовывались в основном по принципу принадлежности к определенной модальности. В этих группах обычно учет часов вели.

ОППЛ (Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига) разработала новый курс подготовки полимодальных супервизоров. Новые полимодальные супервизоры начали работать около 7 лет назад и начали вести учет часов. Однако, полимодальность в супервизии по концепции ОППЛ означала только возможность работы специалистов разных модальностей, и не более того. Иногда в такие группы приходили врачи психиатры, но других специалистов там по-прежнему не было.

Как на данный момент организована работа частного специалиста в России, в том числе и супервизора?

1. Работа специалистов, которые работают частным образом, осуществляется чаще всего без заключения письменного контракта. Обычно все ограничивается устным контрактом, который может изменяться по обоюдному согласию сторон в любой момент. Иногда письменный контракт заключается от лица центра или Интернет-ресурса, в котором работает специалист. Но он, как правило, содержит только общие для всех условия.
2. Обычная схема работы – это арендованный частный кабинет или почасовая оплата аренды кабинета в различных центрах (не всегда это могут быть психологические центры). А также на данный момент интенсивно развиваются виды помощи он-лайн. Т.е., это такие виды помощи, которые оказываются по

переписке, по телефону без видео, по Скайпу с видео, но без очного контакта. Обычно при он-лайн помощи также не заключается письменного контракта с клиентом. Такой контракт обычно заключается устно, и также может быть изменен в любой момент по обоюдному согласию сторон.

3. Центры, которые предлагают специалистам кабинеты для почасовой аренды, обычно сами не ставят никаких задач для супервизоров и не организуют супервизии. Таким же образом часто поступают и частные сайты он-лайн помощи. Могут быть интервизорские группы, которые организуются самостоятельно по мере поступления запросов от специалистов.
4. В России последнее время наметилась тенденция к краткосрочному консультированию по запросам клиентов. Это наложило свой отпечаток и на запросы к супервизорам. Супервизанты часто хотят разбирать очень короткие по количеству встреч работы (от 1 до 5 сессий). Это может быть разовый запрос на разбор сложного случая. А также растет количество запросов на супервизию переписок с клиентами.
5. По сложившейся практике в центрах или на сайтах для частных практикующих специалистов могут рекламироваться и частно практикующие супервизоры, которые самостоятельно набирают себе группы или индивидуальных супервизантов. Или супервизанты самостоятельно записываются к супервизорам.
6. К сожалению, не всегда специалисты, предлагающие пройти супервизию в разных формах, имеют специальную подготовку. Или они имеют специальную подготовку только в своем методе или модальности.

Как организована моя собственная практика, как супервизора?

Я начинала работать, как частный супервизор, в большей части очно. Первые опыты получились задолго до того, как я получила официальный статус, как супервизор. Ко мне обращались в основном мои коллеги, у которых было меньше опыта, чем у меня.

А также с 2017 года я начала вести группу на бесплатной основе в рамках другого проекта по взаимной договоренности. В эту группу входили коллеги-психологи, специалисты разных модальностей. Для проведения этой группы я использовала знания, полученные на обучении по российской программе подготовки супервизоров.

Я работала в арендованном кабинете с почасовой оплатой (или без оплаты) без заключения письменных контрактов, были только устные. Однако, эти устные договоренности включали в себя многое из того, что обычно включают в письменный контракт. Я могу показать, какое отражение получали мои устные договоренности в структуре Основного соглашения о супервизии, которое было предложено на обучающей программе *«Супервизия, как интегративный подход»* [1]:

### **1. Контекст супервизии**

Супервизия является частью / заказана ... [учебной программы ...; политики организации ...; процедуры лицензирования в ассоциации ...; ...].

В моем случае – это были групповые супервизии, в рамках другого проекта или индивидуальные супервизии с учетом часов в ОППЛ.

### **2. Форма супервизии**

Эта супервизия будет осуществляться как ... [индивидуальная супервизия – супервизия в тройке – групповая супервизия].

В моем случае – индивидуальные или групповые.

### **3. Цель супервизии**

Эта супервизия предназначена для обеспечения его / ее функционирования в качестве ... [профессии / функции] в... [название организации].

Супервизант намерен стать способным к достижению следующих целей: ... в том виде, в каком они сформулированы [им самим; профессиональной ассоциацией, в которой он желает получить лицензию; образовательной программой, в которой он участвует; политикой организации, в которой он работает; поручением третьей стороны от имени организации ...].

В моем случае:

- Для групповых супервизий это были заранее оговоренные поручения третьей стороны (другой проект предусматривал обязательные супервизии для волонтеров);
- Для индивидуальных супервизий обычно сами супервизанты определяли цель.

### **4. Начало супервизии – количество сессий – длительность сессии – частота – способ планирования**

1. Всего запланировано ... [число] сессий.
2. Первая сессия [будет проведена / была проведена] ... [дата - месяц - год] супервизионный процесс планируется завершить [дата – месяц - год] ...
3. Каждая сессия длится ... часов.
4. Сессии будут проходить с частотой примерно 1 раз в ... [две/три/четыре] недели, за исключением периодов отпусков (праздников).
5. День и время сессий планируются ... [в соответствии с установленным графиком / согласовываются между супервизором и супервизантом(ами)].

В моем случае все эти пункты также присутствовали в устных договоренностях.

### **5. Место проведения сессий**

Сессии будут проходить по адресу ...

В моем случае это был арендованный кабинет в центре города.

### **6. Содержание супервизии**

Вопросы, связанные с функционированием супервизанта в следующих ситуациях профессиональной практики [ ... ], будут обсуждаться в перспективе содействия более эффективному функционированию в текущей практике и развитию профессиональной компетентности.

В моем случае:

- для индивидуальных супервизий – это предварительная договоренность о запросах. Рассматриваем работу только с одним клиентом или с разными. Или системное затруднение супервизанта.
- для групповых – это заранее оговоренная структура работы.

### **7. Роль и обязанности супервизора и супервизанта**

Обе стороны придерживаются высоких стандартов профессионального поведения. В моем случае – это редко обозначалось напрямую, но фактически подразумевалось по умолчанию.

Некоторую сложность обычно вызывал пункт из обязанностей супервизанта: «Супервизант информирует клиентов о том, что он/она участвует в супервизии».

Обычно частно-практикующие специалисты боятся потерять клиентов, а клиенты в свою очередь не всегда готовы к тому, что именно их случай будет вынесен на индивидуальную или групповую супервизию. Обучение супервизанта тому, как лучше организовать получение согласия от клиента могло быть частью супервизии.

### **8. Подготовка к сессии со стороны супервизанта.**

Супервизант готовит беседы в письменном виде. Он / она отправляет эти записи за два дня до сеанса по электронной почте на адрес супервизора.

Это для меня частично была новая информация. Обычно я просила подготовить все имеющиеся материалы (аудио или письменные записи), а также записи, которые вел сам супервизант в процессе работы или после работы. Одним из основных акцентов при подготовке, я обычно делала запрос на будущую супервизию. А также для меня был чрезвычайно важен самоанализ супервизанта.

### **9. Оценка процесса и результатов.**

В этом пункте для меня также было много новизны. Хотя частично это присутствовало в моей работе.

В групповой супервизии супервизанты-волонтеры устно сообщали третьей стороне о своих результатах, а также делились со мной своими достижениями и прогрессом. В индивидуальных супервизиях я обычно уточняла информацию о динамике работы, в том случае, если мы рассматривали работу с одним клиентом, а также я уточняла информацию о прогрессе самого супервизанта в его собственной оценке.

### **10. Этический кодекс**

Про этический кодекс я уже писала в предыдущей главе.

### **11. Отмена**

Если в связи с форс-мажорными обстоятельствами супервизор или супервизант вынужден отменить запланированную сессию, то эта сессия будет перенесена в ходе соответствующего согласования друг с другом супервизора и супервизанта.

Этот пункт обычно является одним из самых важных для россиян, особенно в крупных городах, поскольку перегрузка общественного транспорта создает все предпосылки для частых опозданий, как со стороны супервизора, так и со стороны супервизанта. Обычно я просила предупреждать меня об отмене за 24 часа, кроме форс-мажорных обстоятельств (неожиданная болезнь, смерть близкого человека или домашнего животного и внешние обстоятельства непреодолимой силы).

### **12. Прекращение траектории.**

#### **12.1 Раннее прекращение**

Если в какой-либо момент выясняется, что супервизионные отношения не являются или более не являются плодотворными для супервизанта, то досрочное прекращение траектории возможно при условии, что это обсуждается на супервизионной сессии для принятия правильного решения. Супервизор будет уважать решение супервизанта, но имеет право быть проинформированным об этом на сессии и представить свое мнение по этому вопросу.

#### **12.2 Плановое прекращение**

Если траектория супервизии прекращается в соответствии с контрактом, то супервизор и супервизант прощаются, производя пересмотр своего сотрудничества.

В этом пункте для меня все понятно. И в моей практике все оговаривалось именно таким образом.

### **13. Сертификат**

После завершения супервизионной траектории супервизант получит от супервизора сертификат о своем участии в этой супервизионной траектории. В моем случае сертификат мог быть получен супервизантом от того сообщества (или заказчика), от которого я могла вести учет часов. Это также прояснялось заранее.

### **14. В случае разногласий**

В случае возникновения конфликтных ситуаций и отказа одной из сторон, супервизор и супервизант должны ссылаться в первую очередь на договоренности, изложенные в настоящем договоре. В моем случае и супервизор и супервизант могли ссылаться на устные договоренности. И тут иногда возникали риски, связанные с неправильным толкованием этих договоренностей или простой забывчивостью.

### **15. Пересмотр настоящего Соглашения**

В моем случае также можно было пересмотреть устное соглашение в любой момент, как со стороны супервизора, так и со стороны супервизанта.

Для России для частно-практикующих специалистов очень важной частью является все финансовые договоренности между супервизором и супервизантом. Обычно это включают в один первых пунктов как устного, так и письменного соглашения. При этом самым подробным образом проясняя все условия оплаты такие как:

- Наличный-безналичный способ оплаты;
- Предоплаты или оплаты по факту;
- Финансовые потери сторон при отмене по болезни или другим причинам;
- Финансовые потери сторон при опоздании;
- Условия возврата денежных средств в случае преждевременного прекращения работы.

Я на данный момент супервизирую в основном по Скайпу с видео или без видео. Это могут быть индивидуальные или групповые супервизии.

Я на данный момент также заключаю только устные договоренности.

Мне было очень полезно еще раз иметь и структурировать информацию по заключению основного письменного контракта на супервизию. Так как в будущем я думаю о том, что буду заключать в том числе и письменные контракты на супервизию.

В какой форме заключать контракт на супервизию зависит как от супервизора, так и от супервизанта. Я вижу безусловное удобство в заключении письменного контракта на супервизию. И мне нужно уделить больше внимания в будущем мотивации своих супервизантов к заключению письменных контрактов.

*Находясь в обучении по программе «Супервизия, как интегративный подход» я постепенно начала внедрять и другие получаемые знания в свою практическую работу. Что еще важного стоит упомянуть в этой главе с моей точки зрения?*

Можно сказать, что в России сложился стихийный рынок супервизоров, которые имеют сертификацию, благодаря прохождению разных программ, которые были разработаны специалистами, как в России, так и для России. Из-за того, что сейчас у нас нет какого-то одного принятого стандарта для специалистов по супервизии, потенциальные супервизанты вынуждены идти на определенные риски в процессе поиска супервизора. Но в такой ситуации оказываются не защищены не только потенциальные супервизанты, но и сами супервизоры. Отдельно можно выделить вопрос о том, как может быть организован контроль за самими частно-практикующими супервизорами.

Где они могут или должны проходить супервизию?

Для супервизоров в своих модальностях это частично решенный вопрос, а вот для супервизоров, проходивших другие обучающие программы – это пока открытый вопрос. Фактически за частно практикующими супервизорами в нашей стране нет никакого единого контроля. И в этом смысле организация профессионального сообщества супервизоров, которая может быть частью европейского профессионального сообщества, поможет организовать и осуществлять такой контроль. Во всяком случае, я на это очень надеюсь.

#### 4. Интеграция калейдоскопической модели в практику на примере собственных работ.

Каледоскопическая модель для России – это новая модель супервизии. Поэтому я еще раз хотела бы напомнить ее в самом начале этой главы [3]. В этой модели заложены очень важные взаимосвязи, которые способствуют продуктивной работе, как самого супервизора, так и профессиональному росту его супервизантов. А также важно, чтобы супервизор научился видеть и учитывать, как профессиональное измерение (поскольку предьявляется всегда конкретная рабочая ситуация), так и учебное измерение (профессиональное становление и профессиональный рост). Безусловно, профессиональное измерение нужно рассматривать в качестве основной цели супервизии.

Я довольно долго размышляла, с чего именно начну интеграцию этой модели в свою практику. В этом смысле, возможно, легче тем специалистам, у которых не было никакого опыта проведения супервизий. К моменту начала занятий по программе «Супервизия, как интегративный подход» я уже имела опыт проведения и индивидуальных, и групповых супервизий. И с самого начала своей супервизорской практики я работала, как интегративный супервизор. Т.е., я работала с психологами-консультантами и психотерапевтами, которые имели дополнительное образование в разных подходах, методах и модальностях.



И я решила, что начну расширять свой супервизорский опыт именно с индивидуальных супервизий, т.к., у меня бывает много новых супервизантов, с которыми я могу начать получать свой новый опыт и навыки ведения супервизий с чистого листа. Мне было важно понаблюдать за собой: за своими трудностями и достижениями, а также за обратной связью от моих супервизантов.

Я решила, что в плане организации работы не буду предпринимать никаких решительных перемен (про организацию работы часто практикующего супервизора я много писала в предыдущих главах), а сосредоточусь именно на внутреннем содержании моих супервизий и интеграции новых знаний в конкретные супервизии.

Хотелось бы начать с трудностей, с которыми я столкнулась в процессе интеграции. Одним из самых важных моментов в работе был для меня фокус именно на супервизанте, а не клиенте супервизанта. Т.е., здесь речь идет о внимании, которое супервизор должен уделять именно супервизанту. В первую очередь, его чувствам, мышлению, действию и воле. А также другой информации, которая относится именно к супервизанту.

До этого я замечала в своей работе много моментов, которые относились скорее к позиции ко-терапевта, чем супервизора. Т.е., иногда в процессе супервизии у меня собиралось много информации о клиенте моего супервизанта (гораздо больше, чем о самом супервизанте).

Я понимаю, что часто супервизант приходит к супервизору, как к учителю, на которого возлагает, в том числе, и надежды на обучение. Иногда это так прямо и выводится в текст: «Что же мне делать? Подскажите...» В этом звучит призыв описать алгоритм действий, (как я бы работала с высоты своего опыта и знаний с этим клиентом) или даже просьба дать прямой совет в конкретном затруднении. И ради этого супервизант готов иногда всю сессию описывать ситуацию своего клиента и самого клиента. Думаю, что таким образом супервизант сознательно или бессознательно хочет переложить ответственность за работу на своего супервизора. Или, как минимум, разделить эту ответственность в равных долях. Т.е., подменить роль супервизора какой-то другой ролью.

Как я раньше справлялась с этими трудностями в своей работе?

- Я выносила такие случаи на индивидуальные или групповые супервизии, как супервизант;
- Я брала под свой личный контроль мои перекосы в роль учителя или ко-терапевта.

Что изменилось после того, как я начала интегрировать каледоскопическую модель в свою практику?

Я хочу далее привести примеры моих работ в процессе интеграции каледоскопической модели в мою практику.

### **Пример 1.**

Супервизия (удаленная работа, Скайп с видео).

Супервизант Ольга 24 года. Психолог. Опыт частной практики около года, за это время было только несколько клиентов. Работает как психолог-консультант.

Это первичная информация, относящаяся к контекстуальной системе.

Клиентка Л – 26 лет. Обратилась за поддержкой в сложной жизненной ситуации.

Было проведено 2 консультации с данной клиенткой.

На супервизии Ольга долго рассказывала о своей клиентке: откуда она приехала, как долго не могла найти работу, бедствовала. Много информации было о родитель-

ской семье клиентки, о ее одноклассниках и новых друзьях. А также много юридических подробностей по поводу права собственности и недвижимости, принадлежащей клиентке. И если бы я не остановила этот рассказ, то Ольга продолжала бы и дальше описывать детали из жизни своей клиентки. При этом я еще не услышала ни слова про работу. Даже запрос на супервизию прозвучал риторически: «Чем я могу помочь этой клиентке, если у меня еще меньше жизненного опыта?»

На уровне чувств у Ольги были сильный страх, просто ужас и паника. Она выглядела растерянно. Воля к действию отсутствовала.

Я решила прояснить, что Ольга делала во время своей работы, и какую обратную связь дала клиентка.

Ольга ничего толком не могла сказать про свою работу, она считала, что ничего не успела сделать, а только слушала. А также Ольга отметила, что пока говорила о своей работе, опять начала волноваться. У нее даже ком к горлу подкатил. Ольга отметила, что готова сбежать от этой клиентки куда глаза глядят.

Мне пришлось ее срочно поддержать, сказав, что мы сейчас будем разбираться, как сделать так, чтобы снизить уровень тревоги перед работой с данной клиенткой. (Даже, если бы Ольга приняла решение о завершении работы, то следовало разработать план действий). Завершение работы с клиентом – это тоже действие.

Мы перешли к более детальным прояснениям, что же все-таки происходило в процессе работы и с Ольгой, и с ее клиенткой. И как это влияло на Ольгу.

Выяснилось, что клиентка была очень довольна, что ее выслушивают и была готова дальше посещать именно данного психолога. Это давало клиентке оптимизм и жизненные силы.

А вот сама Ольга испытывала приступы тревоги и паники, особенно в самом конце каждой консультации. Ей казалось, что она ничего не успела сделать для своей клиентки.

Как только мы все это проговорили с моей супервизанткой Ольгой, я спросила о ее чувствах. Ольга ответила, что ужас и паника неожиданно исчезли. (Этому способствовало воспоминание о словах благодарности от клиентки). И теперь она готова продолжить работать с этой клиенткой (появилась воля). И Ольга вспомнила, что еще одна клиентка говорила, что ей нравится, когда психолог (Ольга) ее выслушивает (Развитие профессионального «я»).

### **Итог супервизии:**

В итоге нашей супервизии Ольга успокоилась, приняла решение продолжить работать с этой клиенткой и проговорила план работы на ближайшую сессию (Ольга спланировала небольшие интервенции, а не только выслушивание).

А также Ольга зафиксировала свои навыки эмпатического выслушивания и умения поддержать клиента в сложной жизненной ситуации.

Я видела, что она и на словах и невербально показывает мне свою благодарность за важные для нее выводы и открытия.

В завершении данной супервизии мы договорились с Ольгой после проведения ею 3-4 консультаций с данной клиенткой провести еще одну супервизию ее работы.

### **Мои наблюдения и выводы после супервизии:**

*Супервизант Ольга, возможно, чувствовала себя неуверенно, как профессионал. Это можно предположить из контекста. А также возраст и жизненный опыт ее клиентки вызвал у нее очень много личных переживаний, которые заблокировали волевой аспект и на уровне чувств вызвали страх и панику. В процессе прояснения*

*профессиональных действий и их последствий* пришло осознание реальности пользы для клиента. Это вернуло супервизанту спокойствие и уверенность. А вслед за этим пришло желание (воля) работать дальше. А также выстроился план дальнейшей работы.

*Дополнительно можно выделить развивающую часть нашей супервизии (выводы и открытия).*

С одной стороны, я и до прохождения обучения на программе старалась выстраивать взаимосвязи между чувствами-мыслями-действиями именно супервизанта. Однако, мне не всегда хватало широты взгляда на то, с чем пришел ко мне супервизант. С другой стороны, именно благодаря обучению я стала обращать на различные взаимосвязи особое внимание и не допускать того, чтобы в процессе супервизии мы с супервизантом излишне углублялись в описание ситуации клиента, его (клиента) переживаний, мыслей и действий.

Всегда легче чего-то не делать или перестать делать, если знаешь, что можно сделать вместо этого. А тут вместо моих упущений, я сознательно начала делать больше интервенций, направленных на изучение того, что происходило с самим супервизантом в процессе работы, обращая внимание на ЕГО (супервизанта) мысли, чувства и действия.

## **Пример 2.**

Супервизант Ирина 28 лет. Психолог (опыт частной практики несколько месяцев). Есть дополнительное образование для работы с психологическими травмами.

Клиентка А. - 25 лет. Пришла проработать психологическую травму в отношениях с отцом. Выбрала частного психолога, исходя из финансовых соображений и конфиденциальности (не готова идти в разные госструктуры за помощью).

Это первичная информация, относящаяся к контекстуальной системе.

Было проведено 5 консультаций с данной клиенткой.

Не смотря на заявленный запрос, клиентка А всю первую консультацию рассказывала очень подробно про свою жизнь, и ничего не рассказала про травму. Также она вела себя и на последующих консультациях.

Ирина вынесла этот случай на супервизию и сформулировала запрос следующим образом: «Как мне дальше работать с этой клиенткой? Надо ли вернуть клиента к первоначальному запросу, надо ли идти в травму, и как это сделать?». Еще Ирина сразу обозначила, что нее много страхов за эту клиентку и ее травму.

Это типичный запрос на работу у начинающих специалистов.

Ирина рассказывала про свою работу 5-7 минут, затем сформулировала запрос.

Я предложила ей подробнее рассказать про то, что уже было сделано: какие у нее были гипотезы относительно этой клиентки, какие техники были применены, какая обратная связь получена от клиентки. (я начала изучать мысли-действия моей супервизантки, исходя из специфической профессиональной ситуации).

Ирина начала заметно волноваться, сказала, что никаких гипотез у нее нет, она просто слушала клиентку, задавала уточняющие вопросы и не знала, что с ней делать, потому что в рассказе клиентки обнаружилась информация, которая могла иметь отношение к правонарушениям (клиентка на первой консультации намекала на инцест, который мог быть много лет назад). У самой Ирины возникла фантазия, что там действительно было что-то страшное, может быть криминальное. И в следствии этого захотелось закончить работу с клиентом.

Обычно я начинаю с изучения тех действий специалиста, которые уже были сделаны, какие техники были использованы в работе. В данном случае Ирина рассказа-

ла, что все консультации только активно расспрашивала своего клиента, старалась систематизировать полученную информацию и ждала, когда клиентка А начнет рассказывать про травму. Но она не начинала. Вместо этого клиентка А начала рассказывать про свои отношения с мужчиной и захотела разобраться с этими отношениями. На последней консультации клиентка вывела это как запрос на работу.

**Привожу часть моего диалога с супервизантом Ириной.**

**Я:** *«Какое самое сильное чувство ты сейчас испытываешь?»*

**Ирина:** *«Растерянность и страх. Я не могу решить куда двигаться дальше».*

**Я:** *«А куда ты больше готова пойти?»*

**Ирина:** *«В текущий запрос клиентки».*

**Я:** *«Есть сейчас что-то, что мешает тебе туда пойти?»*

**Ирина:** *«Я специалист по травме и не могу оставить травму клиента без внимания».*

**Я:** *«А как же тогда последний запрос клиентки? Ты готова оставить его без внимания?»*

Ирина сказала, что не готова оставить без внимания последний запрос клиентки. Ирина видела, насколько на данный момент для клиентки важны ее отношения с мужчиной (хотя про травму в этих отношениях речь не шла), но никак не могла отпустить первоначальный запрос. Она даже боялась задать клиентке уточняющий вопрос на эту тему. Я спросила, что по мнению Ирины могло ей больше всего мешать задать уточняющий вопрос: это могли быть, любая фантазия, любое чувство, убеждение или еще что-то.

Ирина сказала, что у нее было и есть убеждение, что клиентка пришла к ней как к специалисту по травме, и она обязана поработать с ее травмой.

Однако, как только Ирина произнесла эту фразу, то она сама обратила внимание на излишнюю директивность этой мысли. Она как будто сама себя ограничивала и ставила себе рамки в работе.

Я уточнила, изменились ли ее чувства после этого открытия. Ирина подтвердила, что ее чувства изменились. Ушла растерянность. Она теперь уверена, что в ближайшее время стоит пойти за клиенткой и исследовать ее отношения с мужчиной. А если клиентка решит поработать с травмой, то она сама скажет об этом.

Я еще уточнила про страх Ирины, что с ним произошло после ее открытия. Ирина сказала, что вместо страха она чувствует небольшое волнение, так как у нее все-таки мало опыта.

**Итог супервизии:**

В завершении этой супервизии Ирина сделала очень важный для себя вывод о том, что в дальнейшем ей стоит больше доверять своим чувствам (интуиции) в работе, а не только опираться на профессиональные навыки. Благодаря нашей работе она возьмет это под свой личный контроль.

**Мои наблюдения и выводы после супервизии:**

Супервизант Ирина также, как и Ольга (из примера 1) чувствовала себя не очень уверенно в силу небольшого профессионального опыта. Ее основной точкой опоры оказалось дополнительное профессиональное образование, которое Ирина получила. И клиентка пришла с запросом, в котором звучала тема, относящаяся к этому дополнительному образованию. Поэтому профессиональный фокус в работе Ирины сместился в сторону необходимости работы с травмой и сузил восприятие рас-

сказа клиентки и ее запроса. В следствие этого возник профессиональный внутренний конфликт Ирины между двумя запросами клиентки. В процессе прояснения всех аспектов работы и состояния Ирины этот конфликт был устранен.

Какие наблюдения у меня были за самой собой, и какие выводы я сделала, когда начала интегрировать каледоскопическую модель в свою практику?

**Волевой аспект.** Если начинать с себя, то мой волевой аспект был в том, что я сама хотела освоить новый для меня подход.

**Чувства.** На уровне чувств все было не так просто: я злилась, когда не все получалось, иногда испытывала тревогу и неуверенность, поэтому я иногда чувствовала сопротивление. Ведь гораздо проще было идти по тому пути, который уже знаешь. В подобных случаях я часто включаю любопытство, которое помогает мне двигаться дальше, преодолевая различные трудности и мое собственное сопротивление.

**Мысли.** Если я хочу помочь себе преодолеть свое собственное сопротивление, то я начинаю думать или фантазировать об успешном окончании работы. Мне нравится фантазировать или думать о том, как новый опыт поможет мне сделать мою работу более эффективной.

**Общее.** Но, в общем, не могу сказать, что на пороге и в процессе освоения нового подхода я всегда чувствовала себя абсолютно комфортно и уверенно. Пожалуй, я чувствовала себя как новичок.

И не удивительно, что ко мне валом вдруг повалили на индивидуальную супервизию именно начинающие специалисты. Однако, этот факт существенно снизил мою тревогу и облегчил мне жизнь. И если говорить про отслеживание параллельных процессов, то это был мой параллельный процесс. И у меня, и у моих супервизантов было много страхов перед работой. Понятно, что эти страхи были разного уровня. Но и мои страхи, и страхи моих супервизантов были про работу и вокруг работы.

Получилось так, что мы с моими супервизантами параллельно в процессе работы преодолевали свои страхи перед новым опытом. И я замечала, что с каждой моей успешной интервенцией по развороту супервизанта к нему самому: к его чувствам, мыслям, воле, и, в результате, к желанию перейти к самостоятельным действиям, росли и мои внутренние уверенность и спокойствие. Мне кажется это очень важным.

В записях с занятий по программе «Супервизия, как интегративный подход» я нашла важную для меня мысль по этому поводу: «Наш клиент – лучший супервизор». (Патрик Кейсмент). Эта мысль как нельзя лучше подходит к данному периоду моей практики. Еще в процессе наблюдений и самоанализа я обнаружила, что раньше очень много работала на рациональном уровне со своими супервизантами. Я пыталась запустить их логику, активизировать знания, работала с их мотивацией к работе. Я по первому образованию математик, системный аналитик. И в своей работе люблю использовать различные шкалы, с помощью которых можно увидеть динамику разных процессов. Данную динамику может увидеть как супервизор, так и сам супервизант. И в некоторых случаях это действительно хорошо работало. Я и на данный момент готова продолжать использовать свои предыдущие наработки и навыки. Думаю, что они органично вписываются в каледоскопическую модель.

Однако, когда я стала более внимательно анализировать свои затруднения, как супервизора, которые я выношу на свои собственные супервизии, то мне довольно быстро стало понятно нечто общее, что есть в этих моих работах. Я очень мало работала с чувствами моих супервизантов. И мало того, я была уверена, что с чувствами должен работать ТОЛЬКО личный терапевт, а супервизору достаточно только обозначать чувства. И поэтому на своих супервизиях я редко включала чувства в работу.

Сейчас я думаю, что сама недостаточно хорошо понимала и чувствовала, как соединить в супервизии разные аспекты работы, поэтому делала то, что было понятнее и привычнее, следуя знаниям и навыкам, полученным из предыдущих учеб по супервизии. И в этом смысле каледоскопическая модель помогла мне восполнить этот пробел в моих знаниях. А также в этом мне очень помогла открытая работа на очном семинаре. Я в очередной раз почувствовала свое сопротивление и даже упрямство. Я из-за всех сил цеплялась за то, что знала и умела и частично закрывалась для нового опыта. Какую обратную связь я получала от своих супервизантов?

В конце каждой супервизии я подводила итоги, просила сказать несколько слов о том, что было полезным и какие важные наблюдения или открытия были сделаны. Это было направлено также на самого супервизанта. Это было итогом его работы над собой в процессе супервизии.

Важным индикатором моего успеха в этих супервизиях был тот факт, что мои супервизанты рекомендовали меня другим специалистам. На данный момент я веду несколько супервизорских групп. Все группы работают в открытом формате и в онлайн режиме. Я перешла от очного к онлайн режиму около года назад. Это сейчас востребовано на рынке частной практики, особенно для сайтов, которые предоставляют услуги для клиентов, супервизоров и личных терапевтов.

Я планирую постепенно интегрировать мои новые знания и в групповую работу.

### **Заключение**

До прохождения данной программы я уже обладала неким набором навыков и знаний по супервизии. Однако, в этих знаниях и навыках были и свои ограничения. Знакомство с каледоскопической моделью помогло мне не только приобрести новые знания, и еще раз критично посмотреть на то, что я умею. А также увидеть свои слепые пятна в работе и навыках.

После того как я приняла решение об интеграции каледоскопической модели в свою частную практику прошло больше 6 месяцев. За это время я успела поработать с более чем 10 новыми супервизантами. Практически все решили получать в дальнейшем супервизии на регулярной основе. Для супервизора, работающего частным образом – это хороший результат. Я также работаю, как личный терапевт и занимаюсь консультативной и психотерапевтической практикой. И я замечаю, как знания, полученные на программе положительно влияют и на мою терапевтическую практику, через самоанализ моей работы.

В дальнейшем я планирую проводить частные супервизии с учетом полученных знаний и расширять свою супервизорскую практику. А также на данный момент мне предложили преподавать в Московском институте психоанализа практический курс по основам супервизии. Этот курс сейчас на стадии разработки, и я планирую обогатить его теми знаниями и навыками, которые получила на данном двухгодичном курсе.

### **Литература**

1. Приложения к главе X «Образцы супервизионных контрактов» курса Луи ван Кесселя.
2. Курс Луи ван Кесселя. Глава 1 (Вебинар 1, Россия, 21.03.2018).
3. Louis van Kessel. Chapter III – The professional dimension/2020-03-06.
4. Этический кодекс супервизора (Комитет по супервизии ОППЛ).

## Формирование индивидуального стиля супервизора

### Введение

В последнее время в России все чаще поднимается вопрос о необходимости более широкого включения супервизии в практику оказания помощи специалистам (Кулаков С.А., 2004; Щукина Ю.В., 2004, 2008; Яковлев. Е.В., 2015). Супервизия входит в программы обучения психологов-консультантов (Щукина Ю.В., 2008) и никто не сомневается, что супервизия должна быть включена в эти программы. Но использование супервизии как элемента повышения квалификации уже работающих специалистов явно недооценивается. Также не хватает самих супервизоров, подготовленных не только в рамках психотерапевтического подхода, но и готовых осуществлять супервизорскую практику в интегративном подходе для специалистов социально-экономических профессий.

Супервизия (дословно переводится как надзор, руководство, с латинского *supervidere* - обозреть сверху) как форма работы пришла из социальной работы и психоаналитической практики. А к 80-м годам 20 века в Америке и Европе распространилась не только как специфический метод социальной и психотерапевтической работы, но и как метод работы со специалистами, взаимодействующими с людьми: специалистами в области образования, социальной сферы, медицинские работники, руководители (Ван Кессель Л., 1993; 2019а, Синицина Г.П., 2015, Яковлев Е.В., 2015). В самом общем виде супервизию можно определить, как межличностное взаимодействие между супервизором и супервизантом, направленное на повышение эффективности помощи людям.

«Супервизия - это естественный процесс, в котором терапевт сохраняет целостность и эффективность использования своих ресурсов, направляя их на развитие», трансформируя внутренний диалог специалиста во внешний. Супервизия - это прежде всего сотрудничество двух профессионалов, в ходе которого специалист (консультант, терапевт и т. д.) может описать и проанализировать свою работу в условиях конфиденциальности. И основная ее цель - помочь ему наилучшим образом удовлетворить потребности клиента (Ховкинс П., Шохет Р., 2002).

Поскольку до начала этого курса мой опыт в качестве супервизора был минимальным, в своей итоговой работе я рассматриваю процесс формирования супервизора, его индивидуального стиля, возникающий во время обучения.

Условно весь процесс можно разделить на несколько этапов: начальный, «неопределенности», «устойчивой идентификации». В некотором смысле процесс формирования супервизора, несколько схож с описанными процессами становления любого специалиста и соответствует уже известным моделям развития супервизора (Залевский Г.В., 2019; Watkins Jr, C., 2012).

### 1. Начальный этап

На начальном этапе мне, прежде всего, необходимо было прояснить и усвоить основные особенности супервизии, ее характеристики как самостоятельного метода, структурные и методологические особенности, позицию, роль и задачи супервизора, его компетенции.

## 1.1 Характеристики супервизии

### 1.1.1 Особенности супервизии

Основной особенностью супервизии является то, что супервизия, прежде всего, обеспечивает эффективность работы специалиста. Супервизия позволяет супервизанту не только лучше работать, но и получить необходимую профессиональную поддержку. Поддержка супервизора позволяет супервизанту разделить ответственность за определенные аспекты работы с клиентами и снизить риск воздействия трудностей. Возможность посмотреть со стороны позволяет сделать практику более профессиональной, защитить клиентов от ошибок помогающего специалиста (Кочюнас Р., 2005).

Также необходимо отметить особенность отношений, возникающих в супервизии. В них всегда «незримо» присутствует клиент. В то же время супервизору необходимо сохранять метапозицию, избегая идентификации, как с супервизантом, так и с клиентом.

### 1.1.2 Цель, задачи и функции супервизии

Основная цель супервизии - сопровождение профессионально-личностного развития помогающего специалиста, интеграция личностных и профессиональных компетенций, позволяющее обеспечить благополучие отдельного клиента и общества в целом (Van Kessel, L. and D. Haan, 1993).

Супервизия поможет начинающему специалисту научиться действовать самостоятельно при исполнении служебных обязанностей в конкретной рабочей ситуации, развивать профессиональную компетентность, гибко адаптируясь к задачам конкретной профессиональной среды, сформировать навык профессионального самонаблюдения, рефлексии, анализа профессиональной деятельности. Опытным специалистам - развивать и укреплять эти навыки, а главное - осмысленно выполнять свою работу. Организации – поддерживать и повышать качество функционирования и предоставления профессиональных услуг (Воронина Л. В., 2014).

Учеными установлено, что существует несколько функций супервизии (Кулаков С.А., 2004; Синицина Г.П., 2015; Щукина Ю.В., 2004, 2008; Rice LN, 1980; Van Kessel L, 2019b; Bryant-Jeffries R., 2005).

Таблица 1. Функции супервизии

Функции супервизии	Содержание
1. Обучение	<ul style="list-style-type: none"><li>• Обучение профессиональным навыкам</li><li>• Исследование, анализ профессиональной деятельности, позволяющий понять процессы взаимодействия с «клиентами», динамику развития отношений.</li><li>• Развитие навыков концептуализации профессиональной деятельности.</li><li>• Улучшение способности распознавать и понимать свои собственные чувства и справляться с ними.</li><li>• Развитие профессиональной идентичности.</li><li>• Формирование стратегии работы.</li><li>• Определение направлений дальнейшего профессионального и личностного развития.</li></ul>

2. Поддержка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помощь в переживании негативного профессионального опыта, особенно при работе с «трудными» клиентами.</li> <li>• Формирование и развитие навыков психического здоровья.</li> <li>• Формирование благоприятного микроклимата в коллективе.</li> </ul>
3. Экспертная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мониторинг достижения целей профессионального развития.</li> <li>• Помощь в выявлении сильных и слабых сторон профессиональной деятельности.</li> <li>• Оценка уровня профессионализма.</li> <li>• Корректировка применяемых стратегий и тактик.</li> </ul>
4. Административная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль за соблюдением норм и стандартов организации, этических норм.</li> <li>• Координация и регламентация совместной работы специалистов.</li> </ul>

Супервизор, реализуя эти функции, создавая специальные (и прежде всего безопасные) условия и структурируя взаимодействие, помогает специалисту не только развивать и укреплять профессиональные навыки, но, самое главное, выполнять свою работу осмысленно. Не просто применять методические приемы, техники, а понимать, «почему я это делаю, как я это делаю, каковы последствия моих действий, почему это работает с одним учеником / клиентом / пациентом, но не с другим» и т. д. Взаимодействие с супервизором позволяет сформировать и развить профессиональное мышление, «накладывать» теоретические знания на собственный профессиональный опыт, выстраивать связь между теорией и практикой.

Супервизор помогает увидеть и понять, как собственные чувства специалиста влияют на его профессиональную деятельность, как они отражаются и как они влияют на отношения с теми, кому помогает специалист. Супервизия выявляет «слепые пятна» специалиста, иногда это возможно только при работе с супервизором. Другими словами, одна из важнейших обучающих задач супервизии является обучение рефлексии приобретенного трудового опыта. Если специалист не умеет этого делать, он застревает в своих привычных схемах, которые сложились на основе предыдущего жизненного опыта, не позволяя ему гибко реагировать на новые ситуации.

Супервизия учит ставить цели для дальнейшего совершенствования своей работы и достигать их. В процессе супервизии специалист перестраивает свой опыт, придавая ему иной смысл и создавая возможности и варианты для будущей профессиональной деятельности. Супервизия, запуская процесс осмысления профессиональной деятельности, дает специалисту больше свободы в работе, тем самым открывая путь к творчеству. Специалисту предоставляется возможность дальнейшего профессионального развития, стимулируется развитие специальных навыков и компетенций для повышения качества работы, создаются условия для развития специалиста как личности (Кулаков С.А., 2004).

Супервизия важна не только для студентов и молодых специалистов, но не менее важна для опытных специалистов, поскольку как профессиональное, так и личностное развитие происходит на протяжении всей жизни человека. Особенность помогающих профессий состоит в том, что профессиональная деятельность включает в себя не только следование определенной методике, применение установленных алгоритмов и приемов, но и важную роль в работе играет личность профессионала, так как человек осуществляет профессиональную деятельность, используя личные

качества. Хотя профессиональная и личная идентификация должны различаться и разделяться профессионалом, супервизия помогает объединить их, интегрировать в единое целое - профессиональную личность. Интегрируя личные и профессиональные навыки, специалист приобретает профессиональные компетенции, которые объединяются в единое целое на более высоком качественном уровне (Van Kessel Louis, 2019a).

### 1.1.3 Компетенции супервизора

Под профессиональной компетенцией можно понимать обычное и разумное использование знаний, технических навыков, общения, клинических рассуждений, эмоций, ценностей и размышлений в повседневной практике, функционирование на основе взаимосвязанности мышления, чувств, желания и действий на благо обслуживаемого человека и сообщества. Компетенции отражают знания, навыки, отношения и ценности, которые служат основой того, как и почему супервизор делает то, что он делает, то есть его профессиональную деятельность или функции. Анализ литературы позволяет выявить универсальные требования к компетенциям супервизора (Falender CA, & Shafranske E.P., 2004; Van Kessel L., 2019c; Smith Kendra L., 2009; Glaes Janet M., 2010).

**1. Компетентность в предоставлении услуг.** Умение обеспечить профессионализм в предоставлении услуг, обеспечивая благополучие клиентов:

- владение современными знаниями и навыками в той области, в которой осуществляется супервизия и умение их продемонстрировать;
- умение определять границы собственных знаний и предпринимать действия по их расширению, использовать метапозицию;
- знание организационного контекста проведения супервизии в этой сфере;
- обладать научным мышлением и умением переводить научные исследования в практическую деятельность;
- умение гибко применять знания, навыки;
- умение давать конструктивную обратную связь;
- владение этическими стандартами, их применение в профессиональной деятельности.

### 2. Компетентность в проведении супервизии:

- способность и желание поддерживать и развивать свои собственные компетенции посредством психологического консультирования, образования и обучения;
- способность и желание продемонстрировать необходимые знания о моделях, теориях, модальностях и научных исследованиях в области супервизии и связанных с ними навыков;
- способность и желание выстраивать и поддерживать соответствующие отношения в супервизии в процессе повышения навыков супервизанта;
- способность и готовность продемонстрировать хорошие знания развивающего подхода к супервизии и его применению;
- способность и желание оценивать потребности в обучении и уровень развития супервизора на постоянной основе;
- умение и готовность постоянно приводить модель обучения в соответствие с уровнем подготовки супервизанта.

### **3. Компетентность в сфере культурных различий:**

- способность и желание развиваться, использование мультикультурной (такой как раса, культура, пол, сексуальность, инвалидность, экономика и жизненный опыт) компетенции во всех частях практики;
- способность и готовность быть примером непредвзятого состояния самоисследования, принятия собственных предубеждений, способности учиться и консультироваться в этой области, если это необходимо;
- способность и желание установить уважительные супервизорские отношения, способствующие развитию мультикультурных компетенций.

### **4. Компетентность в развитии и поддержании отношений в супервизии:**

- способность и готовность создавать и поддерживать отношения сотрудничества с супервизантом;
- способность и готовность определять обязанности и ожидания участников процесса супервизии;
- способность и готовность заключать и соблюдать супервизорский контракт и процедуры;
- способность и желание обозначать стандарты и компетенции для работы в определенной области;
- способность и готовность совместно определять индивидуальные цели супервизии, темы и задачи обучения, способствовать развитию способностей супервизанта и готовности определять их самостоятельно;
- способность и готовность регулярно производить оценку прогресса супервизанта и эффективности супервизорских отношений и разрешать возникающие трудности при необходимости;
- способность и готовность поддерживать рост и рефлексивность супервизанта;
- способность и готовность предоставлять четкую, своевременную и разумную обратную связь, использовать взаимную обратную связь;
- способность и готовность обеспечить уровень автономии супервизанта, соответствующий его уровню подготовки.

### **5. Компетентность в профессионализме.**

- способность и готовность продемонстрировать на примере профессионализм в поведении и отношениях с другими;
- способность и желание обучать знаниям, навыкам и отношениям, необходимым для профессионализма на должном уровне;
- способность и готовность обеспечивать постоянную обратную связь и оценивать степень достижения профессиональной цели супервизанта;
- способность и готовность выполнять условия контракта;
- способность и готовность развивать рефлексивные практические навыки, интегративную способность.

Овладение теоретическими знаниями послужило основой для развития супервизорской практики. На начальном этапе было много тревог и неуверенности. Я действительно чувствовала себя самозванкой. На этом этапе основной учебной целью для меня было изучение теории супервизии, что позволило мне обрести хоть какую-то почву под ногами, более осознанно подойти к практическому применению

полученных знаний. Поскольку у меня было слишком мало собственной практики супервизора, постоянная работа в тройках способствовала лучшему усвоению теоретических знаний. Поддержка коллег, их обратная связь, возможность совместного обсуждения вопросов, возникающих в работе, позволила преодолевать нерешительность. Калейдоскопическая модель (Van Kessel L., 2019a), задавая структуру процесса, также способствовала обретению большей уверенности на практике.

Одной из трудностей на начальном этапе было «вовлеченность в клиентский случай». В основном мое внимание было сосредоточено на клиенте, на том, что с ним происходит (его чувства, мысли, действия). Внимание к самому супервизанту (его чувствам, мыслям, действиям, отношениям с клиентом, отношениям, возникающим между нами) было минимальным. Фокус моего внимания удерживался на клиентской системе.

Когда я теперь анализирую, что побудило меня действовать таким образом, я прихожу к выводу, что это, возможно, связано со следующими факторами.

1. Отсутствие опыта работы в качестве супервизора. Нет четкого понимания того, что я должна делать как супервизор.
2. Ситуация, в которой супервизанты были опытными коллегами.

Тогда что я могу делать? Я старалась лучше понять клиента и описать свое понимание клиента супервизанту. Возможно, тогда он как-то иначе увидит клиента и откроет для себя новые аспекты работы с этим клиентом.

Считаю, что на начальном этапе это было интуитивно правильное решение. Это позволило справиться с тревогой и неуверенностью. Говоря о понимании процесса супервизии, можно выделить взаимосвязанные системы:

- терапевтическая система, основными элементами которой являются терапевт и клиент, объединенные терапевтическим контрактом и общей целью;
- система супервизора, основными элементами которой являются супервизор и супервизант, объединенные контрактом супервизора и общей целью.

В каждой из этих систем можно определить основные компоненты, на которых может быть сфокусирован процесс супервизии. В терапевтической системе основное внимание уделяется:

- клиенту, его особенности (личность, способы эмоциональной реакции, чувства, образ жизни и др.), история его жизни и в ее контексте - история трудностей, проблем, расстройств; Здесь также важно, как терапевт передает образ клиента супервизору;
- действия терапевта, в том числе его гипотезы о трудностях клиента, стратегии помощи, выбор конкретных способов понимания проблем клиента;
- терапевтический процесс, т.е. динамика взаимодействия терапевта и клиента, характер их взаимоотношений.

В системе супервизора основное внимание уделяется:

- состояние супервизанта (не только эмоциональное состояние, но также процессы внутри терапевта и их влияние на его работу), имея в виду как случай его работы, представленный ему и непосредственно проявленный на сеансе супервизии;
- отношения между супервизором и супервизантом, которые становятся основой для анализа скрытой динамики проявлений терапевта в терапевтических отношениях;

- впечатления супервизора (предположения, «подозрения», «смутные чувства»), связанные с супервизантом или его клиентом и возникающие во время сеанса супервизии.

Наряду с этим необходимо учитывать контекст, в котором происходит супервизия (требования организаций, возможные контексты учебного процесса, профессиональные стандарты и т. Д.).

Обсуждения с коллегами проделанной работы способствовали развитию способности держать в центре внимания несколько аспектов деятельности.

Это может быть достигнуто путем развития произвольного внимания к вышеупомянутой направленности супервизии, чтобы проводить вмешательства, помогающие сосредоточиться на различных аспектах работы (Van Kessel L., 2019a).

На Рисунке 1 (Van Kessel L., 2019a) показаны основные направления вмешательства супервизора.



Рисунок 1. Фокусы вмешательства в супервизию.

Например, супервизант В. представила случай работы в неблагополучной семье, в которой есть маленький ребенок.

Положение молодых семей группы риска осложняется общим ухудшением экономической ситуации в российском обществе, что приводит к проблемам не только материального плана, но и духовно-идеологического. Социально-экономические изменения, происходящие в России, в основном негативно влияют на положение большинства неблагополучных семей, государственная поддержка которых крайне актуальна. Многие молодые семьи из группы риска не могут самостоятельно справиться с проблемами и кризисами, не в состоянии изменить себя, чтобы сохранить свою целостность. Общество столкнулось с необходимостью оказания помощи таким семьям. Форма работы с семьями из группы риска, например, социальный патронаж.

Социальный патронаж - это социальная технология, предполагающая постоянную социальную поддержку семей и детей, находящихся в особо сложной кризисной ситуации, с целями диагностики, мониторинга, адаптации и реабилитации. Позволяя

ет установить и поддерживать долгосрочные отношения с семьей, своевременно выявляя в ней проблемные ситуации и оказывая незамедлительную помощь.

Смысл сопровождения не в том, чтобы вмешиваться в ситуацию, часто без просьбы со стороны самой семьи, чтобы беспристрастно указать, что следует делать. Но организовать и осуществить с ней сотрудничество, направленное на саморазвитие его членов, т.е. сделать все возможное для создания оптимальных условий, позволяющих членам семьи со временем справиться со своими жизненными трудностями и проблемами и постепенно перейти к полноценной жизни.

В диагностические цели социального патронажа входит ознакомление с условиями проживания в семье, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), изучение сложившихся проблемных ситуаций в семье.

В задачи контроля входит оценка состояния семьи и ребенка, динамики проблем в семье (при повторном контакте с семьей); анализ хода реабилитационных мероприятий, выполнение рекомендаций. Цели адаптации и реабилитации направлены на оказание семье конкретной образовательной, посреднической, материальной, правовой и психологической помощи.

К сожалению, в сложившейся практике специалисты осуществляют шефство над семьями с ярко выраженной формой неблагополучия. Те. в случаях, когда члены семьи не могут самостоятельно решать свои проблемы и трудности, а также справляться с психологическим стрессом из-за отсутствия ресурсов (материальных, духовных, социальных, профессиональных и других) для личного и социального роста или неспособности задействовать эти ресурсы.

Решение о предоставлении семье социального патронажа принимается либо организацией, осуществляющей патронажный контроль, либо межведомственной комиссией, которая также должна иметь контрольные функции.

Координатором патронажа может быть социальный работник, психолог или представитель межведомственной комиссии, принявшей решение о передаче семьи на сопровождение, которая при необходимости вносит коррективы в планы работы с семьей.

*Супервизант В. работает в социальном центре и курирует неблагополучные семьи. Мы разобрали работу с одной из этих семей на сопровождении.*

*В этой семье родители периодически употребляют алкоголь, оба не работают.*

*В обязанности супервизанта входит сопровождение этой семьи: установление и поддержание контактов, мотивация социального поведения, наблюдение за уходом за ребенком.*

*В. испытывает много разных чувств при работе с этой семьей; она не понимает, куда ей дальше двигаться.*

*Вначале я сосредоточилась на клиентской системе. Супервизант начала с описания поведения клиентов. Пока супервизант рассказывала о клиентах, я внимательно слушала, что супервизант сообщает о своих клиентах, и смотрел, как она это делает. Мои интервенции были следующими:*

*«Что может означать тот факт, что ваши клиенты ведут себя подобным образом?» - «Можно ли понимать поведение клиентов как отражение их социальных норм?»*

*«Что Вы считаете основной проблемой для клиентов?» А как Ваши клиенты видят это сами?»*

*«Как поведение клиентов связано с контекстом ситуации, в которой мы все сейчас находимся?»*

Цель этих вмешательств заключалась в том, чтобы помочь супервизанту получить более четкое представление об уникальности клиентов, их конкретных потребностях и поведении, а также о контексте их ситуации. Какое влияние это оказало на супервизанта и какие чувства и мысли это вызвало у супервизанта.

Эти вмешательства позволили супервизанту лучше понять свои отношения с клиентами. Супервизант видит, что родители заботятся о ребенке. Они пытаются улучшить свою жизненную ситуацию, стараются найти работу и не употреблять алкоголь. Это пробуждает у супервизанта веру и надежду на то, что жизнь этой семьи можно улучшить. С другой стороны, супервизант удивляется поведению этих взрослых.

Работая с супервизантом, я сосредоточилась не только на клиентской системе. Были затронуты и личные, и профессиональные аспекты. Мы коснулись организационного контекста.

На рисунке 2 (Van Kessel L., 2019a) показаны рассказы, которые руководитель озвучил во время работы на сеансе супервизии.

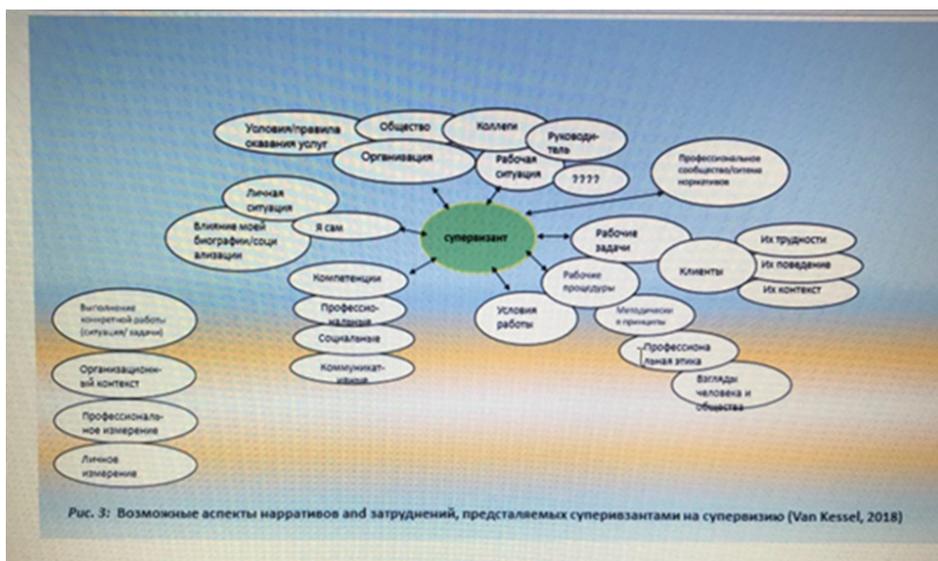


Рисунок 2. Возможные аспекты повествования и трудности

В организационном контексте мы занимались вопросами разделения ответственности между супервизантом и ее коллегами, руководителем и взаимодействием с другими организациями. Иногда у подопечной не хватает способностей помочь семье, и она чувствует себя беспомощной.

В профессиональном контексте мы занимались вопросами применения знаний и навыков супервизанта в установлении и поддержании контакта с семьей, установлении и поддержании границ. Супервизанту удалось наладить рабочие, доверительные отношения с этой семьей, но она чувствует, что иногда ее границы нарушаются. Например, клиент может попросить у нее денег в займы.

Основное внимание супервизии уделялось личности супервизанта, ее семейной ситуации, ее чувствам и переживаниям, а также тому, как это отражается на ней как на профессионале.

В своей работе я использовал следующие вмешательства:

### **1. Этап восприятия опыта, переживания.**

- Что вы испытали, подумали, почувствовали, сделали в работе с семьей?

### **2. Этап четкого, ясного выражения.**

- где, в чем именно для нее трудности и дилеммы?
- где она действует таким образом, чтобы не соответствовать требованиям профессии?

В ответ супервизант показала, что она осознает и не осознает. Супервизант пришла к выводу, что она берет на себя слишком много ответственности за эту семью. И она хотела бы разделить эту ответственность.

### **3. Стадия спецификации**

- В чем конкретно была ситуация?
- Что именно произошло?
- Какова была ваша конкретная роль в этом?
- Какими были роли других (другого)?
- Какие отношения существовали в той ситуации?
- Что ты сделал?
- Как вы себя чувствовали при этом?
- Что ты думаешь о чувствах окружающих?
- Что именно вы испытали?
- Какие факты?
- Какова была ваша цель в этой ситуации и на каком основании?
- Как вы оцениваете то, что произошло сейчас?
- Как вы думаете, чего вы добились? На чем вы основываете свои выводы?
- Что вас особенно беспокоит?

### **4. Отражение**

- Какое значение (профессиональное и / или личное) супервизант придает своему опыту?
- Чем вас устраивает, а чем нет?
- Как вы это оцениваете с профессиональной точки зрения?
- Если вы посмотрите на случай с точки зрения клиентов, каковы ваши отзывы?
- Как, на ваш взгляд, лучше всего с этим справиться?

### **5. Проблемы**

- С чем для вас связан этот опыт?
- Что это значит для вас?
- Не могли бы вы сделать что-нибудь другое?
- Есть ли в ваших действиях влияние ваших личных паттернов и предпочтений?
- Это может быть связано с какими-то нормативными ценностями?
- Есть ли какие-то профессиональные / методологические идеи, которые вы считаете ведущими? И было ли их использование адекватным в данной ситуации? Или им нужна адаптация?

- Какое влияние оказывает организационный или социальный контекст?
- Каким может быть влияние вашего собственного обучения и социализации?

## 6. Понимание и наименование

- «Что ты нашел?»
- «Что вы должны признать важным?»

## 7. Обобщение

- Есть ли сходства и различия между этим пониманием, теми прозрениями, которые пришли к вам сейчас, и вашими предыдущими открытиями?
- Как это понимание соотносится с открытиями и прозрениями, которые приходили к вам ранее?

## 8. Выбор

- У вас есть понимание, что было бы важно делать / исследовать дальше для вашего текущего функционирования и / или развития компетенции?
- Чему вы хотите отдать предпочтение (или на чем сделать акцент)?
- «И как вы хотите это сделать?»
- Насколько реалистичны действия, которые вы хотите предпринять по этому поводу?
- Какие альтернативы рассматриваете?
- Что вы предпочитаете и по какому признаку?
- Насколько вам комфортно со своим выбором?

## 9. Действия

- В какой ситуации, когда и как конкретно вы будете выполнять выбранное действие?
- Как думаете, будет результат? Это то, к чему вы стремитесь?
- Что вы будете делать, если ваши действия не приведут к желаемому результату?
- Какие навыки нужны для успеха? Что нужно иметь в виду?
- Что вам следует знать?
- Насколько комфортно вы себя чувствуете при выполнении этого действия?
- Как вы будете действовать в этой ситуации?
- На каких моментах вы сконцентрируетесь?
- Это то, что ты хочешь?
- Что и как вы будете делать, чтобы предотвратить то, чего Вы не хотите?

В результате работы супервизант сформулировала для себя цели в работе с этой семьей, определила, как она может разделить ответственность за эту семью с коллегами и руководителем. Обозначена профессиональная сфера, в которой необходимо пройти дополнительное обучение. Определена тема для персональной терапии.

Результатом моих собственных критических мыслей на начальном этапе стало намерение организовать регулярную практику.

## 2. Этап «неопределенности»

На этом этапе концептуальная основа супервизии продолжала принимать более четкую форму, глубже интегрируясь в сознание. Неуверенность постепенно уступала место большей уверенности, хотя периодически возвращалась. Напряжение, тревога и замешательство постепенно утихли.

Для реализации намерений, сформированных на начальном этапе, я предприняла следующие шаги.

1. В организации, в которой я работаю, прошла дополнительную стажировку и получила разрешение работать супервизором для специалистов департамента, к которому принадлежит моя организация.
2. Следуя методическим рекомендациям (Van Kessel L., 2019a) организовала регулярную (раз в месяц) супервизорскую группу для специалистов департамента. С помощью коллег сделала объявление о моем намерении провести супервизорскую группу, в котором описала цели, задачи, возможные результаты, указала место и время проведения группы. Группа собирается регулярно (вторая среда месяца, в 15.00). Обычно дата устанавливается на предыдущем собрании. Те, кто посещают группу постоянно, вносят дату в свой план. За две недели до запланированной встречи потенциальным участникам рассылается информационный анонс. Все желающие участвовать в работе группы должны сообщить о своем желании и отправить заявку на участие. За неделю участникам высылаются напоминание о предстоящей встрече. Если встреча планируется в онлайн-формате, за два дня до встречи участникам рассылается приглашение. Время от времени для всех участников появляются актуальные темы, и тогда можно заранее указать тему встречи, например, «Работа с клиентами, испытывающими острый стресс». В этом случае наша встреча больше похожа на групповое обсуждение. Эта форма работы в открытой группе, где профессиональный опыт участников значительно отличается, обеспечивает большую безопасность участников и позволяет им более плавно входить в процесс супервизии.

На очной встрече с участниками группы мы еще раз уточнили цели и задачи, ожидания участников, установили правила и регламенты работы. Учитывая контекст организации, группа открыта, поскольку не все коллеги имеют возможность регулярно посещать группу. Каждый раз, когда я начинаю группу, я провожу этот этап.

Для продуктивной работы участников группы формируются и соблюдаются следующие нормы:

- уважение между всеми членами группы;
- безоценочность;
- уважение к «героям» представленного случая;
- активность каждого участника;
- каждый имеет право обратиться за помощью;
- обратная связь - это инструмент, помогающий и расширяющий профессиональный взгляд, а не оценка.

Правила разрабатываются группой коллективно, чтобы обеспечить психологическую безопасность. Обычно их немного из-за высокой социальной компетентности участников. Вот некоторые из наших правил:

- отключать звук мобильных телефонов в рабочее время;
- разговаривать по одному;
- соблюдать сроки выполнения работ;
- сохранять конфиденциальность супервизии, как в отношении коллег, так и их клиентов;
- Я-высказывания и апелляция к собственному опыту.

Это своего рода устный договор. Он оговаривает организационные аспекты, конфиденциальность, желание и способность участников работать в группе, их личные цели и задачи участия в группе.

Обычно члены группы работают в разных учреждениях департамента, имеют разную специфику работы (клинические психологи, социальные психологи, консультанты), разный стаж работы. С одной стороны, это усложняет работу, а с другой, по отзывам участников, расширяет их профессиональный опыт. Работа в таком составе позволяет участникам более четко распознавать специфику собственной работы, определять зоны развития, развивать навыки конструктивного взаимодействия.

В групповой работе я следую следующему образцу.

### **1. Определение случая.**

Если несколько участников подают заявку на презентацию своего случая, супервизор просит их кратко представить случай. Затем группа определяет случаи и порядок работы в соответствии со своими предпочтениями.

### **2. Представление случая.**

Супервизант описывает случай, который он хотел бы изучить более внимательно с помощью группы: Участники процесса, как давно возникла ситуация, с чего она началась. Описывает поведение участников процесса, какие трудности и чувства они испытывают, какие действия были предприняты и какой эффект они имели и т. д., что они считают важным.

### **3. Формулировка запроса.**

Затем супервизанта просят сформулировать свой запрос к группе: чего он ожидает от участников в связи с вышеизложенным, на какой вопрос хочет получить ответы.

### **4. Изучение ситуации.**

Члены группы задают супервизанту уточняющие вопросы об участниках ситуации, о чувствах и действиях супервизанта, об отношениях между участниками кейса и супервизантом.

Сам супервизор и члены группы должны понимать и следить за тем, чтобы их пояснения соответствовали запросу супервизанта, а не приводили к другим темам, по которым нет запроса, и, тем более, не служат для удовлетворения любопытства.

Важно понимать, что этот этап работы направлен на получение недостающей информации для обеспечения дополнительной обратной связи, соответствующей запросу супервизанта, а также на проведение предварительной проверки гипотез, возникающих у членов группы.

### **5. Прояснение запроса.**

После того, как все задали свои вопросы и получили ответы, супервизор просит супервизанта уточнить запрос, если это необходимо. Дело в том, что в момент, когда супервизант отвечает на вопросы группы, он уже начинает яснее видеть многое в своей ситуации и яснее понимает свою роль и мотивы поведения других участников.

### **6. Ответы участников группы на запрос супервизанта.**

На этом этапе членам группы супервизии предлагается ответить на запрос супервизанта, основываясь на информации, полученной в ходе рассказа, и ответить на вопросы, их опыте и знаниях. Здесь супервизор поощряет каждого участника выражать свои идеи и соображения, не критикуя их опыт.

Однако важно соблюдать правила группы и помогать участникам придерживаться этических стандартов. Задача этого этапа - обеспечить супервизанту поддержку и выработать обратную связь. Недопустимо обвинять и утверждать членов группы за

счет того, кто представляет случай. Лучше всего рассматривать конкретное профессиональное действие (включая рекомендацию) с точки зрения его эффективности и рисков. Супервизант дает обратную связь по ответам группы. Он сам определяет, какие предложения коллег полезны в его конкретной ситуации, учитывая организационные, личные и другие условия.

### **7. Анализ метода работы.**

Супервизор кратко резюмирует идеи и предложения группы и рассматривает некоторые из них с точки зрения возможностей, рисков и профессиональных ценностей. Привлекает внимание группы к тому, как проходила супервизия.

### **8. Заключительный этап.**

Супервизор просит супервизанта дать обратную связь группе, что было полезно в ее работе для него, какие идеи он опробует на практике, какие вопросы для исследования возникли, что он понимает о своей деятельности и ситуации сейчас.

В конце каждому участнику предлагается поделиться тем, что ему было полезно в анализе этого случая, что имеет отношение к его практике, какой опыт был получен, что он собирается использовать в своей работе.

Одна из целей группы - оказать поддержку. В силу специфики работы в департаменте, специалисты часто чувствуют себя оторванными от профессионального сообщества, наша группа дает возможность почувствовать себя частью сообщества, помнить о ценности и значимости своей работы.

Основная цель группы - способствовать развитию профессиональной компетентности, развитию рефлексии и способности интегрировать для каждого члена группы. Для достижения этой цели я выполняю следующие функции:

- обеспечение организационного аспекта работы группы;
- создаю и поддерживаю безопасные условия;
- способствую индивидуальному процессу обучения членов группы;
- контролирую, структурирую групповой процесс и направляю его на решение задач супервизии.

В групповой работе я чаще всего использую модель сотрудничества.

3. Создала в своем отделе интервизорскую группу, которая проводилась еженедельно в течение двух лет.
4. Периодически проводила индивидуальные супервизии и активно работала в интервизорских тройках.

На этом этапе вопрос «Как (человекоцентрированный) подход, в котором я работаю как консультант, влияет на мою супервизорскую практику?» становился все более и более актуальным. К. Роджерс считал, что основная цель супервизии - способствовать развитию супервизанта, поскольку он будет лучше понимать самого себя и терапевтический процесс. Он также отметил, что консультирование и супервизия «существуют непрерывно» и имеют много параллелей в целях и процессе (Talley Lindsay & Jones Leslie, 2019).

Теоретики подхода говорят, что главными темами супервизии являются процесс и отношения (Rice, 1980). Основное внимание супервизора уделяется супервизанту. Хотя супервизия в человекоцентрированном подходе не сосредотачивается непосредственно на клиенте, клиент не исключается из супервизии. Потому что материал клиента неизбежно будет фильтроваться через восприятие супервизанта и, следо-

вательно, будет изменен. Этот косвенный клиентский материал будет использован при изучении непосредственного опыта терапевтических отношений (Talley Lindsay & Jones Leslie, 2019).

Супервизор помогает супервизанту размышлять о своих отношениях с клиентом и отношениях, которые возникают в ходе терапии. Супервизант рассматривается через понимание того, что во все терапевтические отношения, в которые он вступает, он вносит свою личность, Я-концепцию и ценностные условия (Worrall M., 2001). Таким образом, супервизор в человекоцентрированном подходе фокусируется на содействии процессу, в котором супервизант может исследовать себя, свои переживания, свой опыт, с тем, чтобы затем он мог проявлять себя более конгруэнтно в терапевтических отношениях, обеспечивая большую степень присутствия. Супервизор помогает понять этот опыт в профессиональном контексте.

В центре внимания супервизии не весь опыт супервизанта, а опыт, который возникает в терапевтических отношениях с клиентом (Lambers, 2013).

И здесь я имею в виду, что необходимо различать супервизию и личную терапию. В процессе супервизии важно держать в фокусе ближайшую цель супервизии - вернуть специалисту эффективность в его работе с клиентом. Поэтому важно четко понимать разницу между терапевтическим процессом и супервизией.

Разница, прежде всего, в тематическом содержании супервизии - взаимоотношениях клиента и психотерапевта и том, что происходит в процессе психотерапии. Эти отношения создают границы супервизии. За этими границами лежит территория психотерапии. Супервизия в первую очередь отражает профессиональный аспект работы консультанта. Супервизор помогает начинающему психотерапевту систематически видеть, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. Однако это не исключает того, что супервизант будет определять зоны своего личностного развития. Супервизия, наряду с обучением, включает в себя элемент психологического развития специалистов.

Супервизия и психотерапия - это параллельные категории, объединенные в единую систему. И хотя супервизия может иметь терапевтический эффект, и супервизор может быть отличным психотерапевтом, это не психотерапия. Если супервизор использует супервизию как вариант психотерапии, тогда супервизор становится терапевтом, а супервизируемый становится клиентом. И затем, когда эти две функции смешиваются, возникает проблема двойственных отношений, которые могут разрушить все ценности самого процесса супервизии. А если присутствует преобладающий психотерапевтический компонент - даже активно включаются защитные механизмы супервизанта.

Само общение в супервизии предполагает психологическое вмешательство. Однако последнее должно в первую очередь служить целям супервизии, а не психотерапии. Терапия в супервизии приводит к некоторому стиранию границ и может ухудшить ситуацию в системе «терапевт – клиент». Тем не менее, «сосредоточение внимания на состоянии супервизанта полезно, потому что супервизор в определенном смысле показывает терапевтическую систему - взаимодействие терапевта и клиента. Супервизант, кажется, «несет» клиента, а его состояние - это сообщение о том, что происходит в терапии. Второе преимущество этого фокуса связано с процессом развития самого супервизанта - с его прогрессом в понимании взаимосвязи его личных проблем с проблемами клиентов» (Кулаков С.А., 2004).

Параллельный, личностно-терапевтический компонент супервизионного процесса больше ориентирован на поиск «камней преткновения», чем на работу с ними.

Задача супервизора - «прикоснуться» к этим камням, пометить их или даже переместить, чтобы расчистить путь для ясности. Что с этим делать, когда и как это может повлиять на профессиональную идентификацию и личную эффективность - решать супервизанту (Залевский Г. В., 2019).

Чтобы не стирать границы между терапией и супервизией, необходимо ориентироваться на принципы супервизии.

Важно придерживаться этических норм супервизии.

Не упускать из фокуса внимания и другие важные принципы:

- следовать цели супервизии - повышение эффективности работы специалиста;
- открытость; ответственность; добровольность; разделение супервизии и личной терапии на два взаимодополняющих, но различных процесса;
- договор, конфиденциальность; взаимное уважение, информативность; конкретность, наблюдательность;
- фокус на поведении, а не на личности;
- описательность и отсутствие утверждений и оценок;
- использование в речи глаголов действия, а не прилагательных, указывающих на характеристики качеств.

Соблюдение этих рекомендаций обеспечивает качество такой сложной глубокой работы, как супервизия.

Супервизия может привести к личному росту супервизанта, но в центре внимания супервизии остается развитие супервизанта для построения и поддержания конгруэнтных, эмпатических терапевтических отношений с клиентами, т.е. развитие их профессиональных компетенций.

Одна из целей супервизии в человекоцентрированном подходе - помочь супервизанту развить внутренний локус контроля: способность независимо оценивать свои действия, навыки консультирования и знания, а также способность управлять собственными телесными процессами.

Супервизия в человекоцентрированном подходе также основана на безусловном уважении к супервизанту, уважении индивидуальных различий. Точно так же, как консультант не пытается сформировать клиента по своему собственному образу и подобию, супервизор доверяет способности супервизанта быть независимым (Villas-Boas Bowen, 2002).

Основной фигурой в супервизии является сам супервизируемый с его гипотезами, предположениями, чувствами, иллюзиями, страхами и пониманием терапевтического процесса. А также характер его взаимоотношений с клиентом, их динамика. Важно, чтобы супервизор обратил их внимание на то, что невозможно полностью распознать клиента в терапии. Это может привести к упрощенному взгляду на клиента или самообвинению терапевта. Также терапевт никогда не может быть полностью уверен в правильности и оптимальности своих действий по отношению к клиенту. Психотерапия-это процесс, в котором вместо объективных истин терапевт и клиент «встречаются» с субъективными представлениями о том, что происходит в жизни последнего, поэтому не может быть единого «правильного пути» к терапевтическим целям.

В любой терапевтической ситуации есть много вариантов для продолжения, много возможных способов помочь клиенту. Для супервизора важно побуждать супервизанта искать различные варианты его действий в данной ситуации. В человекоцентрированном подходе, супервизор убежден, что супервизируемый может уча-

ствовать в процессе консультирования наилучшим образом в данный момент. (Talley Lindsay & Jones Leslie, 2019; Rogers C. R. 1956).

В человекоцентрированном подходе, как в терапии, так и в супервизии, важны отношения (Ladany, Mori & Mehr, 2013). Супервизируемый может использовать супервизию для изучения терапевтических отношений, так же как клиент может использовать терапевтические отношения для изучения личных проблем (Rogers, 1956).

Конгруэнтность супервизора является обязательным условием, которое позволяет супервизору быть эмпатичным в отношениях с супервизантом. Что, в свою очередь, приводит к большей конгруэнтности супервизанта и, как следствие, к развитию его самопонимания (Lambers, 2000; Worrall, 2001).

По мнению исследователей (Worrall, 2001), эмпатическое слушание - единственный способ для супервизора распознать супервизанта. Слушание, как в терапии, так и в супервизии, следует правилам феноменологического исследования. В процессе слушания мы воздерживаемся от попыток объяснить происходящее в терапии поспешными, редуکتивными интерпретациями. Важно не столько как можно скорее дать исчерпывающее объяснение происходящего, сколько понять, что происходит в терапии и супервизии, расширив значение терапевтических явлений в контексте их проявления. А также за счет расширения самого контекста. Поэтому в первую очередь важно слышать, что есть, а не торопиться давать объяснение тому, что мы слышим.

К. Роджерс подчеркивал, что эмпатическое понимание помогает супервизанту любой теоретической ориентации быть более открытым в изучении своих трудностей в работе, тем самым помогая развить его рефлексивные навыки.

Хотя безусловное положительное принятие не подразумевает оценочных отношений, в супервизии есть некоторая «оценка». Однако в человекоцентрированном подходе супервизор выражает безусловное принятие и доверяет потенциальным возможностям роста супервизанта, не забывая при этом о безопасности клиентов (Lambers, 2013).

Вот почему особое внимание супервизора к поддержанию профессиональной самооценки супервизанта и адекватное понимание принципов супервизии, так важно для продуктивной атмосферы и успешных отношений в супервизии. «Быть вместе» в супервизии означает предоставить супервизанту возможность открыто говорить обо всех аспектах супервизионного процесса. Делать любые предположения, задавать любые вопросы, не задумываясь об их значимости или актуальности. Свободно делиться своим опытом как в работе с клиентами, так и в том, что происходит непосредственно под супервизией, без необходимости подстраиваться под супервизора.

Супервизия подчеркивает партнерство супервизора и терапевта, их совместное творчество в процессе супервизии.

Таким образом, супервизии присущи все основные принципы человекоцентрированного подхода, которые позволяют мне чувствовать себя уверенно, конгруэнтно выражать себя, проявлять свои сильные стороны (эмпатическое понимание, принятие, присутствие). Быть не экспертом, а участником совместной деятельности. Создавать условия для супервизанта, способствующие его профессиональному и личностному росту и развитию, позволяя ему быть открытым для собственного опыта, искать пути решения трудностей в терапевтической работе.

*Так, например, в случае супервизии Н.*

*Н. представила случай групповой супервизии. Как супервизор я старалась эмпатически понять супервизанта, периодически задавая уточняющие вопросы, и проявляла безоценочное принятие и присутствие. Н., как опытный терапевт и супер-*

визант, превосхищала мои исследовательские вопросы, описывая свое поведение и поведение других участников, свои чувства, цели и оценивала свои действия. Мне оставалось быть предельно включенной, задавая вопросы, побуждая супервизанта формулировать тему и цели развития своих компетенций. В результате Н. сформулировала для себя образовательные цели: поддержание границы между форматом супервизии и личной терапией супервизантов, вопросы тактики участия в групповой супервизии начинающих терапевтов.

На этом этапе желание быть «хорошим супервизором», следовать инструкциям («держать в голове супервизорские вопросы») вызывало во мне напряжение, «лишало» спонтанности, побуждало меня быть более активным в работе, что не совсем характерно для меня. Это стало моей образовательной целью: научиться быть более активным, не противореча себе, проявляться конгруэнтно, сочетая структуру и свободу, доверять себе как супервизору. Регулярная практика, дальнейшее понимание теории в обсуждениях с коллегами, более внимательное отношение к собственным чувствам, отказ любой ценой следовать инструкциям позволили мне достичь своей цели.

### **3. Этап «устойчивой идентификации»**

Этот этап, как правило, характеризуется растущим самосознанием себя как супервизора, повышенной уверенностью, самостоятельностью, реалистичной самооценкой и проявлением внимания к явлениям параллельного процесса (Watkins Jr, Clifton, 2012).

*Рассмотрим, в качестве примера, случай Т., магистранта образовательной программы по человекоцентрированному подходу. Прохождение супервизии, предписано в рамках магистерской программы. К тому времени у Т. уже прошла подготовку в другом подходе и имела терапевтический опыт. С Т. был подписан контракт, в котором были указаны предмет договора, порядок оказания услуг, ответственность сторон, оценка процесса и результата, особые условия и срок действия договора. Контракт - важная часть отношений в супервизии. Это позволяет открыто прояснить цели, роли, ожидания и функции участников, инициировать рабочий альянс и в некоторой степени снизить беспокойство супервизируемого (Van Kessel L., 2019с).*

*Моя административная функция заключалась в оценке основных человекоцентрированных навыков (эмпатия, конгруэнтность, принятие, присутствие), в содействии развитию саморефлексии супервизанта. Для Т. целью супервизии было изучение уровня ее личностных навыков.*

*По договоренности Т. заранее предоставила мне аудиозаписи своих сеансов, после чего мы обсудили их при очной встрече. На сессиях мы исследовали, как конгруэнтность, эмпатическое понимание и безоценочное принятие проявляются в работе с клиентом. Что следует улучшить в проявлении этих навыков, как это можно сделать. Также в процессе работы Т. поставила и реализовала следующие образовательные цели: работа с клиентом, у которого нет запроса, молчание в консультативной практике, возникающая скука консультанта.*

*На наших сессиях тема скуки поднималась несколько раз. Т. «жаловалась», что ей часто бывает скучно во время работы с клиентом (нет запроса на работу, клиент не хочет погружаться в переживания, говорит «какую-то ерунду»), но я не заостряла внимание на этом. На одном из сеансов я обратила внимание Т. на то, что она зевает, и спросил, с чем это связано. Мы начали исследовать тему скуки: что это за состояние, в связи с чем возникает, как влияет на ее работу, на что указывает, как она может с этим справиться, что помогает справиться. На первый взгляд та-*

кое совпадение напоминает параллельный процесс. Однако параллельный процесс характеризуется наблюдаемым сходством между тем, что происходит между клиентом и терапевтом, а также между терапевтом и супервизором. В большинстве работ, написанных за последние 30 лет, параллельный процесс рассматривается как результат сложной динамики, связанной с бессознательными коммуникативными моделями и личными защитами. Чаще всего это связано с процессами переноса / контрпереноса и защитой по типу проективной идентификации. Изначально считалось, что личность клиента, так или иначе, является отправной точкой, с которой начинается параллельный процесс, терапевт реагирует на примитивные защиты клиента и, будучи не в состоянии полностью понять и, соответственно, выносить на обсуждение то, что с ним происходит, затем разыгрывает драму душевной жизни его клиента в сеансе супервизии. Однако в настоящее время большинство авторов согласны с тем, что каждый из участников - клиент, контролируемый терапевт и супервизор - вносит свой вклад в параллельный процесс. Все трое вовлечены в искаженные коммуникативные паттерны, и общая картина параллельного процесса состоит из сложного переплетения тенденций, характерных для внутрличностной динамики каждого из участников триады.

В нашем случае скупал только терапевт. Возможно, скука Т. в терапевтической работе была вызвана защитным поведением клиента (нежеланием клиента погружаться в изучение своего опыта), а скука Т. на сеансе супервизии была вызвана ее нежеланием погружаться в процесс и исследовать ее собственный опыт, который, в свою очередь, также можно интерпретировать как защитное поведение. Считается, что параллельный процесс является описательной конструкцией и может обозначать различные процессы, аналогичные тем, которые выносятся на супервизию, и что они основаны на непрозрачных сообщениях, которые необходимо проанализировать (Бусыгина Н.П., Силкин А.И., 2015). Возможно также, что параллелизм можно проследить в том факте, что, подобно тому как Т. оказалась нечувствительной к тревоге клиента, скрытой за притворством безразличия, супервизор не смог выразить тревогу терапевта, скрытую за скукой.

Самым сложным для меня на этом этапе была оценка (выставление оценки). Я намерена в будущем сделать этот процесс более прозрачным. Предположим, что на первой встрече мы более подробно обсуждаем с супервизантом критерии оценки (возможно, используя шкалы оцениваемых навыков и способностей, которые супервизируемый заполнял бы на основе своего собственного суждения) и с их помощью отслеживаем динамику процесса.

### **Заключение**

Эта работа подвела своеобразный итог, полученный во время обучения на программе. От специалиста, имеющего только личный опыт супервизии и минимальный опыт супервизора, до специалиста, понимающего принципы супервизии и стремящегося реализовать их в своей практике. Описан процесс формирования супервизора, который состоит из трех этапов, каждый из которых имеет свои особенности: начальный, «неопределенность», «устойчивая идентификация». В целом мой индивидуальный процесс совпадает с моделями формирования супервизора, описанными в научной литературе.

В работе исследована тема формирования личного стиля супервизора. Можно сделать вывод, что подход, которому супервизор изначально обучался как консультант, существенно влияет на стиль работы специалиста как супервизора. Интеграция

терапевтического подхода в практику супервизора устраняет внутренние противоречия супервизора и снижает стресс, вызванный освоением новой роли. Человекоцентрированный подход, позволяет мне успешно сочетать директивность в отношении процесса супервизии, и не директивность в отношении супервизанта.

Групповая работа требует, чтобы супервизор обладал определенными навыками и способностями, такими как работа с группой на организационном и процедурном уровнях, контроль и содействие как процессу группового обучения, так и индивидуальному процессу обучения каждого из членов группы.

Рефлексия профессиональной деятельности, возможность коллегиального обсуждения работы, позволяет интегрировать полученный опыт, теоретические знания и тем самым двигаться по пути развития как собственных профессиональных, так и личных качеств, а также эффективно помогать супервизанту развивать эти качества.

Таким образом, процесс формирования супервизора, его индивидуального стиля работы - это поэтапное развитие теоретических и практических знаний, навыков, их рефлексия и интеграция, это непрерывный и циклический процесс.

Написание итоговой работы по курсу позволило нам еще раз осмыслить опыт, полученный во время обучения, проанализировать собственный путь обучения для развития необходимых компетенций, поставить цели для дальнейшего развития и сформировать намерение достичь их.

## **Литература**

1. Бусыгина Н. П., Силкин А. И.(2015) Параллельный процесс в супервизии: история концепции и объяснительных моделей. Консультативная психология и психотерапия. (23 (5)), 182–204. DOI: 10.17759 / crrp.20152305093.
2. Воронина Л. В. (2014). Супервизия как ведущий метод научного менеджмента в подготовке аспирантов [текст]. Л. В. Воронина, Л. В. Моисеева. Педагогическое образование в России. (12), 36-40
3. Залевский Г. В., (2019). Психологическая супервизия: исследования. учебное пособие для бакалавриата и специалитета. Г. В. Залевский. - 2-е изд. - М.: Издательство Юрайт,, 2019. - 176 С.
4. Кочюнас Р. (2005). Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии (сборник, том 2), составитель Ю. Абакумова-Кочюнене, VEAT, Бирштонас-Вильнюс
5. Кулаков, С. А. (2004). Супервизия в психотерапии. Учебник для супервизоров и психотерапевтов. Санкт-Петербург: Вита, 128.
6. Синицина, Г. П.(2015). Возможности супервизии в повышении практической подготовки преподавателей. Современные проблемы науки и образования. (5) URL-адрес: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21663>
7. Ховкинс П., Шохет Р. (2002). Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Санкт-Петербург: Речь, 352
8. Щукина, Ю. В. (2004). Супервизия в психологической практике: метод оценки и развития профессионала (тезисы). Вестник Международной научно - практической конференции ""European quality of professional higher education: evaluation criteria and dynamics of development"". Рига

9. Щукина, Ю. В. (2008). Значение супервизии в психотерапевтическом образовании (на примере преподавания методики понимания психотерапии). *Сибирский Психологический журнал*, (30), 53-55.
10. Яковлев Е. В. (2015). Инновационные виды педагогического сопровождения [текст]. Е. В. Яковлев, Н. О. Яковлева. *Вестник Челябинского государственного педагогического университета*.(8),101-106.
11. Bryant-Jeffries, R. (2005). *Person-centred counselling supervision: Personal and professional*. London, England: CRC Press.
12. Callifronas, et al.,(2017) A Common Approach for Clinical Supervision in Psychotherapy and Medicine: The Person Centred and Experiential Model *J Psychol Psychother* . 7:6DOI: 10.4172/2161-0487.10003
13. Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226p>.
14. Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). Clinical supervision: A competency-based approach. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10806-000>
15. Falender, Carol. (2014). Clinical supervision in a competency-based era. *South African Journal of Psychology*. 44. 6-17. 10.1177/0081246313516260.
16. Glaes, Janet M. (2010) "Implementing an ASCA-Informed School Counselor Supervision Model: A Qualitative Field-Based Study". *Dissertations*. 561.<https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/561>
17. Ladany, Nicholas & Mori, Yoko & Mehr, Kristin. (2013). Effective and Ineffective Supervision. *The Counseling Psychologist*. 41. 28-47. 10.1177/0011000012442648.
18. Lambers, E. (2000). Supervision in person-centered therapy: Facilitating congruence. In D. Mearns & B. Thorne (Eds.), *Person-centered therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 196-211). Los Angeles, CA: Sage.
19. Raskin N.J. (2007) Dilemmas of Being a Person-Centered Supervisor. *The Person-Centered Journal*, (4(2))
20. Rice, L. N. (1980). A client-centered approach to the supervision of psychotherapy. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice* (pp. 136-147). New York, NY: John Wiley & Sons.
21. Rogers, C. R. (1956). Training individuals to engage in the therapeutic process. In C. R. Strother (Ed.), *Psychology and mental health* (pp. 76-85)
22. Rogers, C. (1994). *A look at psychotherapy. Becoming a human*. M.: Progress, 480 s
23. Smith Kendra L. (2009) A brief summary of supervision models. LPC, ACS September 2009 <https://www.marquette.edu/education/graduate/documents/brief-summary-of-supervision-models.pdf>
24. Talley, Lindsay & Jones, Leslie. (2019). Person-Centered Supervision: A Realistic Approach to Practice Within Counselor Education. *Teaching and Supervision in Counseling*. 1. 10.7290/tsc010202.
25. Van Kessel, L. (2019a) Supervision individual approach to professional development for specialists and managers in the field of service delivery Russian Webinar
26. Van Kessel, L. (2019b). The dynamics of the relationship and the realization of the task in supervision of supervision. How do these relate to each other? A tool for

- orientation.. Anse-Journal, European journal for supervision and coaching, 3 (2019, July), 12-19.(<http://www.anse.eu/anse-journal-edition-3>).
27. Van Kessel, L. (2019c). The intended way of learning in supervision designed as a model - how a supervisor could accompany the learning development of a supervisee on this. 10.13140/RG.2.2.24585.29281.
  28. Van Kessel, L. and D. Haan.(1993) The Dutch Concept of Supervision: Its Essential Characteristics as a Conceptual Framework. *The Clinical Supervisor*, 11 (1993) 1, 5-27;4;7;8
  29. Villas-Boas Bowen, M. C. (2002). Personality differences and person-centered supervision. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach* (pp. 92-103). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
  30. Watkins, Jr, Clifton.(2012) Development of the Psychotherapy Supervisor: Review of and Reflections on 30 Years of Theory and Research. *American Journal of Psychotherapy* Volume 66, Issue 101 Jan 2012 <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.1.45>
  31. Worrall, M. (2001). Supervision and empathic understanding. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Volume 2: Empathy* (pp. 206-217). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

## **Супервизия как условие становления и профессионального совершенствования в профессии психотерапевта**

### **1. Роль супервизии в процессе становления терапевта**

#### **Супервизорские вмешательства и обучение под супервизией**

Супервизорские вмешательства, или супервизорские интервенции – это конкретные действия, оказываемые со стороны супервизора в рамках сессии супервизии для ускорения достижения целей супервизии.

Д. Якобс приводит следующий список супервизорских вмешательств: моделирование, дидактическая инструкция, сократический метод, поощрение и разрешение, разъяснение, интерпретация.

Моделирование – это демонстрация супервизором собственных способов мышления на базе своей практики. Супервизор предлагает себя как модель для анализа с целью формулировки предположений относительно терапевта. Любая деталь в мышлении и поведении супервизора потенциально может стать основой для модели. Основное достоинство данного вмешательства – это предоставление ясной эмпирической картины для практиканта. К недостаткам можно причислить некоторую существующую опасность того, что практикант не поймет причины поведения супервизора, а также не усвоит того, что подход супервизора обусловлен лишь его мышлением, а не абсолютно верной формулой. Для избежания этой опасности, супервизору стоит доносить до супервизируемого мысль о том, что моделирование – это лишь сопоставление сведений и практикант должен полагаться в первую очередь на свою рассудительность. В связи с вышеописанным, моделирование должно использоваться в соответствии с конкретной учебной потребностью, а не на постоянной основе.

Следующий вид интервенций называется дидактическими инструкциями. Данный вид включает в себя все формы непосредственного объяснения с целью передачи знаний. Данная интервенция позволяет эффективно заполнить область, пробел в которой очевидно вызывает проблемы. Кроме того, дидактическая инструкция способна повысить уверенность супервизора и супервизируемого.

Существует и негативная сторона использования данного вида интервенций. Нередко дидактический метод становится инструментом к имитационному обучению. Доходя до крайности в степени использования инструкций, супервизор начинает поощрять идентификацию, оправдывая это пробелами в знаниях практиканта. Чрезмерное использование данного подхода мешает развитию инициативы у супервизируемого. В результате он не приобретает навыков активной работы с данными.

Сократический метод – управление фокусом внимания супервизируемого через вопросы, адресованные к спорным моментам и подталкивающие к активному обсуждению. Важно понимать, что сократический метод не является просто передачей знаний, но способом достичь совместного открытия. Супервизор, используя данный метод, часто обращается к вопросам и к составлению гипотез по сценарию «что, если».

Поощрение и разрешение – стимуляция любознательности учащегося, попытка избавить его от неуверенности и скованности в процессе терапии. Многие практиканты не решаются задавать много вопросов супервизору и боятся сказать пациенту лишнего, или выбрать неправильную стратегию поведения с ними. Проблема торможения терапии может разрешиться через поощрение и разрешение использования новых форм терапевтического поведения. Новаторство и экспериментирование с новыми формами терапевтического поведения снижает уровень тревожности практиканта и способствует развитию творческих способностей. Поощрение и разрешение должны сопровождаться указаниями супервизора на то, какие установки наиболее полезны в конкретной профессиональной ситуации. В то же время, терапевт не должен потерять осторожность по отношению к пациенту совсем. Свобода в терапевтическом мышлении и осторожность в поведении разграничены, что является одним из элементов профессионализма. Также важно учитывать допустимость поощряемых супервизором форм. Во-первых, супервизор должен следить, не переходит ли новая модель поведения супервизанта в категорию негативных явлений, как, например, юмор может служить и для понимания проблем пациента, сублимации враждебности, но также и для дистанцирования от клиента, выражения пренебрежительного отношения к нему. Во-вторых, поощрение и разрешение должны выступать в роли полезных подсказок, доступных для реализации терапевтом. Иногда, практикант не понимает полезную роль слов супервизора и его советов, но видит их как препятствие на пути достижению целей терапии.

Также стоит отметить, что поощрение и разрешение не тождественны поддержке. Разница заключается в том, что действия супервизора, направленные на поддержку, не помогают в поиске причин беспокойства, в то время как поощрение и разрешение направлены непосредственно на проблему и поиск способа ее решения.

Разъяснение – супервизорское вмешательство, направленное на обращение внимания практиканта на свои собственные аффекты и поведенческие модели. Основой замечаний, как правило, выступают личные наблюдения супервизора. Практикант, восприняв информацию о себе, обогащается знаниями и учится сдерживать собственные аффекты.

Риск, связанный с использованием данной интервенции, заключается в возможности вторжения в личную жизнь практиканта. В этом вопросе снова становятся актуальны обсуждения о границах супервизии. Поскольку практиканты все отличаются друг от друга, необходимо учитывать личные особенности супервизируемого. Наблюдение за его реакцией на разъяснения дают понять, стоит ли изменить границы супервизии в рамках сессий, или нет. Наконец, важно подчеркнуть, что одно и то же супервизорское разъяснение может восприниматься и негативно, и позитивно со стороны терапевта. Это обусловлено динамикой постоянно изменяющихся отношений супервизора и супервизируемого.

Интерпретация обозначена Д. Якобсом как спорный прием супервизии. Оно включает в себя интерпретацию аффектов, динамики и защитных проявлений практиканта, не осознаваемых им. Интерпретация выходит за пределы комментирования бессознательных процессов и мотиваций. При наличии соответствующей мотивации у супервизируемого, в условиях достигнутого сотрудничества с супервизором, интерпретация позволяет терапевту глубже понять свою жизнь.

На практике, супервизорские интервенции часто чередуют друг друга. Использование лишь одного вида вмешательств сильно ограничило бы возможности по достижению целей супервизии. Наконец, стоит отметить, что перед использовани-

ем любой из шести вышеописанных интервенций супервизору необходимо начать свою работу с наблюдения за терапевтом, его подходами к работе с пациентами. В первую очередь это важно для того, чтобы определить области, требующие развития и готовые к тому, чтобы быть развитыми и разграничить особенности терапевта на те, что положительно влияют на его эффективность в процессе работы с клиентом и те, что мешают достижению результатов (Якобс 2010).

L. Van Kessel рассматривает вопрос супервизорских интервенций с точки зрения основной цели обучения терапевтов в супервизии согласно Нидерландскому концепту, которая заключается в формировании личности профессионала, способного рефлексировать по поводу взаимосвязи всех компонентов его работы и его личностных характеристиках, а также обладающего интегративным потенциалом. При обучении, данная цель реализуется с помощью нескольких аспектов. Первый из них, это интеграция двух измерений: профессионального и учебного, профессиональное выступает как первоочередное для изучения, учебное измерение – как второстепенное. Первое выражается в способности решать профессиональные задания. Второе – в реализации профессиональных ситуаций в процессе супервизии и поиском эффективного их решения. Дальнейшая схема показывает взаимосвязь между двумя измерениями обучения в супервизии.



Рисунок 3: Взаимодействие двух измерений в процессе обучения в супервизии согласно Нидерландской концепции (Van Kessel 1993)

Одновременно с этим, супервизору необходимо следить за соблюдением базовых условий для проведения супервизии, к которым относят: значительную автономию практиканта, взаимосвязь между сеансом терапии как рабочей ситуации, и сессией супервизии как учебной ситуацией, стимуляция супервизируемого к осознанию взаимосвязи между получением профессионального опыта и рефлексией, проводимой на супервизии и, в качестве последнего базового условия для проведения супервизии, L. Van Kessel приводит признание 3 форм супервизии: индивидуальная (с одним супервизантом), тройная форма (с двумя супервизантами) и групповая (с тремя супервизантами). Следование определенному направленному алгоритму супервизируемым также является необходимым для успешной супервизии и для грамотного внедрения супервизорских вмешательств. Данный алгоритм актуален для эксклюзивной концепции супервизии. Он представлен в виде модели круга, разделенного на три сектора, каждый из которых указывает на определенную траекторию при работе практиканта. Процесс обучения супервизии поделен на 3 траектории, условно называемых «путями»: путь знания, путь выбора и путь действия. Основным элементом пути знания является проблема понимания различных аспектов супервизии. В процессе обучения супервизии, супервизор, в том числе при рассмотрении случаев из практики терапевта, должен подтолкнуть его к открытию неизвестного ранее знания, с помощью которого терапевт объяснит для себя ход его профессиональной деятельности, неудачи и успехи. Практикант должен сделать вывод, способствующий росту его эффективности в будущем. Супервизант исполняет следующие роли: наблюдатель, рефлексирующий и деятель.

Вторым сегментом является путь выбора, необходимый для того, чтобы супервизируемый сам устанавливал путь, в котором проходит его работа и регулировал направление своих сеансов. Для этого ему необходимо научиться формулировать и делать выбор и принимать решения. Роль супервизанта меняется в данном сегменте – руководитель. Несмотря на то, что пути знания и выбора отделены от непосредственно действия, они имеют гораздо больше отношения к реальности, чем может показаться. Важно понимать, что представленная модель отображает не линейный процесс, а циклический, причем граница между вышеописанными секторами не разрывает пути знания и выбора, а скорее очерчивает их для графического изображения. В действительности же в процессе познания нового присутствуют скрытые выборы, которые практиканту придется осознанно сделать. В процессе осуществления выбора, соответственно, часто возникает необходимость в дополнительном изучении некоторых конкретных вопросов.

Третий сегмент модели представляет собой путь действия. Осуществив выбор, практикант оказывается поставлен перед необходимостью претворять свою идею в реальную жизнь. Он начинает действовать исходя из проделанных им прежде выборов. Здесь его роль можно описать как роль сознательного деятеля, независимого ни от кого. Интервенции супервизора ограничены перечисленными выше рамками. Обучение с помощью процесса супервизии уникально тем, что оно одновременно учитывает индивидуальные особенности, способности к обучению и работе и на требования, предъявляемые к профессионалу в конкретных ситуациях. Супервизор направляет терапевта в обучении, следит за его прогрессом. Деятельность супервизора определяется тремя факторами:

- 1) необходимостью опираться на требования к профессиональному терапевту,
- 2) адекватному осуществлению программы обучения супервизируемого, согласуемому с целями обучения терапевта,

- 3) обучение с расчетом на то, что супервизируемый будет способен заниматься супервизией сам, без помощи супервизора.



Рисунок 4. Три траектории направления деятельности практиканта при обучении в супервизии (Van Kessel 1993)

Главным образом, согласно нидерландской концепции, вмешательства супервизора производятся при работе на пути знания. Во время сессии супервизор осуществляет следующие вмешательства: выводит на передний план те понятия, которые супервизируемый еще не усвоил, призывает супервизируемого к рефлексии, касающейся особенностей терапевта с целью вынести опыт и сделать выводы о деятельности супервизанта. Также, в процессе рефлексии, когда проблема еще не выявлена, супервизор может задавать конкретизирующие вопросы терапевту, чтобы ясно очертить ситуацию, над которой будет вестись рефлексия. Для выполнения той же задачи супервизор может попросить подопечного разыграть с ним ситуацию для того чтобы оживить ее. Среди способов призвать терапевта к рефлексии, супервизор может прибегнуть к: прямому высказыванию своего мнения, отзыва, противопоставлению мнений участников процесса супервизии и к отражению сходной ситуации различными способами (Van Kessel 1993).

Таким образом, согласно Д. Якобсу, вмешательства, доступные супервизору, ограничены числом в 6 штук: моделирование, дидактические инструкции, разъяснения, сократический метод, поощрения и разрешения, интерпретации.

Интервенции, осуществляемые супервизором, согласно L. Van Kessel, заточены на помощь в обучении и повышении профессиональных навыков. Все действия, оказываемые супервизором, не должны противоречить базовым условиям, алгоритму изучения супервизии. Вмешательства должны соответствовать одной из трех форм и быть направлены на два измерения супервизии. Супервизор должен учитывать три фактора, предъявляющие требования к процессу супервизии. Список вме-

шателств, приведенный авторами, отличается, однако между ними можно найти сходные элементы.

В заключение хочется отметить, что обучение в супервизии является многофакторным процессом, учитывающим множество деталей, на которые супервизор, в свою очередь, опирается при осуществлении каких-либо интервенций.

### **Функции супервизии в процессе обучения и повышения квалификации психотерапевта**

Психотерапевт может многое понять и достичь после курса супервизии, однако для этого ему необходимо сформировать запрос к супервизору. Данный запрос должен отражать цели предстоящей работы, затрагивая вопросы, позволяющие лучше разобраться в особенностях ведения психотерапии, или раскрывающие особенности психотерапевта. Запрос терапевта должен основываться на проведенной им рефлексии, то есть должен содержать анализ имеющегося у терапевта опыта. Ко второй сессии супервизии. Для адекватного формирования запроса, терапевту необходимо собрать максимальное количество сведений о сложностях, с которыми он сталкивается в процессе работы с клиентом. Чтобы успешно добыть эти сведения, практикант обязан четко сформулировать ответы на вопросы, касающиеся всех сторон терапевтических затруднений, в том числе: как, когда, при каких условиях происходят трудности, имеются ли исключения из проблемной ситуации, предпринимаемые попытки решения проблемной ситуации, образ желаемой ситуации разрешения проблема

Также супервизия позволяет терапевту ответить на вопрос: Удавалось ли ему сохранять эмоциональную стабильность при работе с клиентом, и, если удавалось, то какими методами он ее достигал? Исходя из практики работы котерапевтических союзов, терапевту стоит проследить точки наименьшего и наибольшего комфорта при работе с пациентами, обращая внимание на: пол пациента, возраст, опыт котерапевта и его личностные особенности.

Довольно продолжительный период времени, успешность супервизии никак не оценивалась. Ее результаты скорее предполагались супервизорами, исходя из желаемого. После того, как процесс супервизии в определенной степени потерял неформальный характер, появилась возможность отследить, что получается развить и улучшить у супервизируемых, провести линию между «до» и «после» курса супервизии.

Согласно исследователям Hannes Krall, Jutta Fürst & Pierre Fontaine супервизия является существенно важной практикой в любом психотерапевтическом подходе, так как, независимо от подхода, супервизия позволяет практикантам отрефлексировать свой опыт, выделить успехи, достигнутые в ходе терапии, а также встреченные трудности и неудачи.

Также утверждается, что терапевт, долгое время не подвергающийся супервизии, опасен для себя и для своих пациентов. Для терапевта, супервизия представляет собой пользу по следующим причинам:

- 1) супервизия позволяет поставить под сомнение методiku, используемую терапевтом;
- 2) супервизия помогает зафиксировать весь список идей и гипотез стратегий и тактик, появляющихся в начале курса терапии, чтобы в последствии вернуться к ним на определённом этапе терапии;
- 3) с помощью супервизии, супервизируемый способен обнаружить неясные связи между ним и пациентом, переносы и котрпереносы, порой препятствующие реализации терапевтического процесса;

- 4) развитие способности действовать профессионально, наиболее оптимальным образом и эффективным, опираясь при этом на условия терапевтической ситуации.

На основе традиций образования психологов-консультантов и психотерапевтов, можно выделить обязательные базовые элементы профессионального образования в области психологической помощи, которые непременно должны быть представлены в программе постдипломного сопровождения (повышения квалификации), чтобы действительно обеспечить подготовку специалистов для практической деятельности, а также сопровождение их профессионального развития:

- теория;
- профессиональный тренинг (мастер-классы);
- супервизия;
- клиентский опыт;
- самопознание.

Можно выделить, по крайней мере, четыре детерминанты процесса профессионального развития, определяющие контексты повышения квалификации специалиста: личность профессионала, профессиональное сообщество, социум (потребности людей в психологической помощи, особенно в экстремальных ситуациях), государство (административно-организационный контекст, ведомственные интересы, планы, стратегии).

В этом пространстве выделяется два возможных пути постдипломного профессионального развития: экстенсивный путь и интенсивный путь. Экстенсивный путь заключается в накоплении новых знаний, умений, навыков, компетенций в процессе выполнения профессиональной деятельности с опорой на собственные ошибки. Интенсивный путь – в профессионализации, развитии компетентности с опорой на непрерывное обучение и поддержку профессионального сообщества. Во многом он совершается за счет осмысления своего профессионального опыта, извлечения знания из своей практики и сопоставления их с информацией, получаемой от коллег. Все это возможно в контексте супервизии, а интенсивный путь возможен преимущественно лишь в контексте супервизии. Опытность профессионала определяется не столько количеством трудовых лет, сколько умением рефлексировать свою практику, осмыслять и транслировать ее. Об этом же свидетельствуют последние тенденции в психологии – смещение научного интереса к изучению профессионального сознания и самосознания, развитие которого понимается как основа процесса профессионализации.

Таким образом, одна из основных задач повышения квалификации – это формирование и развитие профессионального сознания, профессионального мышления, профессиональной идентичности, профессиональной коммуникации, профессиональных традиций.

На данный момент существует необходимость в супервизии как в систематической, регулярной, структурированной практике, укорененной в университетской образовательной традиции (не ограничиваясь рамками замкнутой психотерапевтической школы). Супервизия может быть направлена на поддержку и сопровождение молодого специалиста, недавно получившего высшее образование, при этом не участвующего в долгосрочных психотерапевтических образовательных программах, недостаточно хорошо ориентирующегося в устройстве профессиональной жизни. Также, супервизия служит основой для грамотной сертификации, аттестации, лицен-

зирования специалистов психологов-практиков, а также для нового этапа жизни профессионального сообщества психологов-практиков, не ангажированных только интересами определенной школы психологического консультирования и психотерапии.

Как было показано еще в 1998 году, предпосылками создания отечественного института супервизии на настоящем этапе развития психотерапии служат следующие причины:

- 1) развитие инфраструктуры службы психологической помощи;
- 2) нарастающая потребность профессионалов в концептуализации практики консультирования и психотерапии;
- 3) приток в психологическую практику и психотерапию малоквалифицированных кадров;
- 4) распространенность в практике профессионалов неконцептуализированных эклектических подходов;
- 5) поиск новой, более демократичной системы партнерских отношений в профессиональной среде в противоположность бюрократической иерархии;
- 6) интеграция профессионалов в профессиональные ассоциации и другие горизонтальные структуры;
- 7) потребность интеграции отечественного опыта психологической помощи и психотерапии в мировое профессиональное сообщество;
- 8) необходимость выработки и закрепления в законодательстве четких критериев профессионализма психологов-консультантов и психотерапевтов (Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми, 1998).

Согласно исследователям J. Norcross и L. Popple, рассматривающим супервизию с точки зрения интегративного подхода, основная цель супервизии – помочь консультанту наилучшим образом ответить на потребности клиента (J. Norcross, L. Popple 2016).

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 основной мишенью здесь является конкретный случай работы с клиентом. В этом главное отличие супервизии от личной терапии. Супервизия может помочь обозначить личные проблемы консультанта, которые являются причиной его затруднений в работе с клиентом, но работа с этими проблемами должна быть отнесена к другому пространству.

Супервизия особенно необходима, когда специалист только начинает свою практику или имеет небольшой опыт работы. Ошибки и трудности, возникающие в процессе работы рискуют стать закономерными и системными, если вовремя не обратиться за помощью к профессионалам. В супервизии терапевты учатся не только лучше и эффективнее работать, но также открывают для себя значимый источник получения необходимой профессиональной поддержки. Это особенно ценно для начинающих терапевтов, так как супервизорская поддержка позволяет терапевту разделить ответственность с супервизором за отдельные аспекты работы с клиентами (J. Norcross, L. Popple 2016).

В процессе прохождения супервизии, супервизируемый имеет возможность научиться лучше понимать своих клиентов, осознавать собственные чувства по отношению к клиентам и свои реакции на них. Практикант, путем анализа, происходящего между терапевтом и клиентом в процессе терапии и происходящего между супервизором и супервизируемым учится разбираться в тонких оттенках терапевтических отношений и становится способен оценить степень эффективности использования собственных терапевтических интервенций, насколько они применяются своевременно, в подходящем месте и подходящим образом, какое влияние оказывают на терапевтические отношения и продвижение клиента к намеченным целям. Сессии супервизии позволяют структурировать терапевтические взаимодействия как в течении отдельной сессии, так и в процессе терапевтической работы в целом, а также находить и более эффективно использовать свои потенциальные возможности в терапии.

Профессиональная изоляция сильно осложняет работу специалиста. Участие в супервизионной группе призвано спасти терапевта от профессионального одиночества. Супервизия дает шанс подняться и оглядеться, отказаться от легкого пути обвинения других – клиентов, коллег, организации, «общества», и даже самого себя; она может дать шанс начать поиск новых возможностей, открыть знания, рождающиеся из самых трудных ситуаций (Hawkins, Shohet 1989).

### **Ожидания супервизируемых от процесса супервизии**

Согласно книге Э. Уильямса, многочисленные исследования и опросы, проведенные для того, чтобы исследовать факторы удовлетворенности супервизируемых своими супервизорами, дают вполне однозначный ответ: супервизируемые хотят, чтобы их супервизоры были компетентными и поддерживающими. Э. Уильямс в 1986 году опросил будущих докторов психологии, предложив им охарактеризовать различие между своим наилучшим и наихудшим опытом супервизии. Согласно ответам респондентов, для лучших супервизоров характерны клиническая компетентность и поддерживающие отношения. Исходя из множества других опросов, приведенных в работе, супервизируемые наиболее ценят супервизию, проходящую в доброжелательном тоне. Они ценят поддерживающие отношение и всяческую направленность супервизора на ободрение, мотивацию и поддержку. При этом также верно, что супервизируемые предпочитают получать советы супервизора в неоспоримой, директивной подаче. Прямое указание расценивается как большая помощь, чем намек, или иные формы. Это верно для различных групп супервизируемых – начинающих, продвинутых и интернов. Автор сделал наблюдение, что начинающие супервизоры озабочены отношениями, в то время как начинающих консультантов больше интересуют вопросы компетентности, автономии, цели и направления. По мере приобретения терапевтического опыта проблема компетентности, по-видимому, исчезает. Супервизоры, в свою очередь, считают своими сильными сторонами свою рабочую компетентность, основанную на длительном и непростом опыте и способность устанавливать эмпатические, поддерживающие отношения с супервизируемыми.

Вероятно, можно заключить, что для супервизируемых важно, чтобы на первых профессиональных шагах ими руководил кто-то, обладающий клинической компетентностью и в то же время оказывающий поддержку. Несомненно, чем более компетентным клиницистом является супервизор, чем больше его опыт ведения случаев, тем лучше. Однако реальность такова, что в роли супервизора могут оказаться относительно неопытные клиницисты. Как правило, они достаточно компетентны, чтобы справляться с этой ролью: после двух или трехлетнего опыта работы человек

почти наверняка знает больше новичка, а в тех случаях, когда это оказывается не так, супервизор и терапевт имеют возможность честно признать ситуацию и вместе достичь необходимого теоретического и процедурного знания (Уильямс 2011).

Для оценки прогресса супервизируемого Э. Уильямс предлагает оценивание супервизантов по форме, предполагающей наличие информации о теоретическом и техническом знании, процедурном знании, способности практиканта к суждениям, наличию у него проницательности, и наконец, поведению и деятельности супервизируемого на сессии.

Первый раздел – теоретическое и техническое знание, отражающее глубокое понимание человеческого развития и жизненных проблем; превосходное знание теории; знакомство с предшествующей работой и методами в данной области; очень высокая способность концептуализировать проблемы клиента; интегрированная теория терапии. Оно подразумевает включение контекста жизненной истории, теорию, активность в повышении уровня знаний, концептуализацию случаев.

Второй раздел – процедурное знание. Оно заключается в знании базовой прагматики жизни и профессии; отсутствии склонности замыкаться в рамках какой – либо единственной теории; высокой способностью осуществления как рутинных, так и продвинутых профессиональных действий, навыков; гибкость в применении теории к практической работе с клиентами. При оценке процедурного знания, супервизор должен обращать внимание на навыки фасилитации терапевта, умения работать с кризисными состояниями, бросать вызов клиенту, проводить первичные интервью, умения работы в агентстве и работы в данном социальном контексте.

Третий раздел – способность к суждениям высокого качества, пониманию и описанию трудных жизненных проблем. Суждения практиканта должны быть основаны на глубинном и комплексном охвате всех действующих факторов, интуитивном ощущении перспектив прогресса клиента; знании себя и собственных ограничений, внутреннем этическом чувстве и образцовой этической практике. Этот раздел включает в себя умение видеть далекую перспективу терапии, чувство этики, оценку своевременности терапевтических решений, преданное отношение к профессии.

Четвертый раздел – проницательность, понимание сути личностей и систем; системное понимание; способность видеть собственное место в системе; превосходная способность понимать и интерпретировать собственную среду; разрешенность основного конфликта в собственной жизни, креативность. Супервизору необходимо отследить развитие у практиканта таких качеств как: развитая интуиция, адекватный системный фокус, умение разделять личные конфликты и проблемы пациента, креативность

Пятый раздел – поведение супервизируемого на сессиях. Под этим подразумевается проверка у терапевта адекватного восприятия обратной связи, готовности исследовать свои роли во взаимодействии с клиентом: готовности включать в обсуждение случая релевантный материал, относящийся к родительской семье или к собственной личности, способности к реалистической самокритике по аудио или видеозаписям, спонтанности, инициативности на сессиях, а также наличие определенной автономии от супервизора и ощущение профессионального «я» (Уильямс 2011).

L. Van Kessel подчеркивает, что прохождение курса супервизии обладает уникальным влиянием на формирование профессиональных навыков. Профессиональная деятельность не является механическим повторением заученных процедур, но скорее является деятельностью, подразумевающей вовлечение своего эго в работу. Компетентное использование навыков терапии предполагает успешное сочетание

способностей профессионала и личностных особенностей терапевта. Также исследователь упоминает, что прохождение курса супервизии практикантом должно состояться до сертификации его как терапевта, из соображений безопасности для пациентов и самого практиканта (Van Kessel 1993).

В заключение стоит сказать, что все ученые сходятся на том, что супервизия играет незаменимую и очень важную роль в становлении терапевта специалиста. Супервизия позволяет обсудить стратегию или тактику, используемую терапевтом, рефлексировать, сохранять, фиксировать, обдумывать и впоследствии реализовывать все идеи и гипотезы, формирующиеся у специалиста. Также супервизия помогает терапевту отследить ход терапии, при необходимости поменять курс ее направления и обнаружить неявные связи между ним и пациентом, переносы и контрпереносы, эмоциональные дисбалансы, порой препятствующие реализации терапевтического процесса. Без супервизии, терапевт теряет способность к компетентному профессиональному взаимодействию с пациентом и даже может негативно повлиять на него и на себя. Поэтому курсы супервизии представляют важность не только для начинающих специалистов и практикантов, но также и для опытных, состоявшихся терапевтов.

## **2. Практика супервизора – мой период развития как супервизора**

Первый опыт супервизии, был когда мы собирались коллегами втроем в гимназии 1517 города Москвы и обсуждали клинические случаи, я была благодарна, что среди нас был супервизор московской службы телефона доверия. Тогда я с восхищением смотрела, как мои опытные коллеги обсуждают и позволяют мне слушать и задавать вопросы. Дальше было обучение и супервизии в тех подходах, где проходила сертификация.

Интересно, что в моей практике супервизора я стала заниматься этой деятельностью, когда этот вид работы поставили в дополнительный функционал моей основной работы как психолога-консультанта. Это очень созвучно с тем, что описывает Э. Уильямс – «многие становятся супервизорами не по своей воле и порой очень внезапно». Это был опыт, когда обращались психологи с разным опытом работы, по темам в консультировании, связанным с кризисными ситуациями в жизни. Я больше была в роли супервизора-терапевта по И.Д. Булюбаш или в описании Э.Уильямс как супервизор-фасилитатор. Важно было исследовать чувства во время терапии и супервизорских сессий, обсуждать самоисследование, оказывать эмоциональную поддержку.

В практике была работа супервизора – эксперта (описана у И.Д. Булюбаш и Э.Уильямс), когда были запросы от администрации по качеству работы консультанта, так как клиенты в центре имеют право получать помощь в 20 консультаций, экспертная работа по анализу личных дел (учет обращений, количество супервизий по этому случаю). Таким образом, крен в работе больше был направлен на решение вопросов, что делать с клиентом, чтобы работа терапевта была эффективной.

В своем опыте работы супервизора я замечаю 6 этических принципов супервизии, которые выделяет П.Хоукинс и Р.Шохет (баланс между ответственностью за работу супервизируемого и его самостоятельностью, уважение автономии клиента, работа в рамках своей компетенции, верность обещаниям, данным супервизанту, отказ от подавляющих действий, совершенствование своих компетенций за счет получения обратной связи). Было ощущение, что не хватает компетентности: нет подготовки как супервизора, нет достаточного опыта сложных клинических случаев, несмотря на то, что работала в лицее, на телефоне доверия, в центре на приеме, где было 5-6 консультаций в день, мне казалось, что психотерапевты больниц имеют больше опыта.

Было понимание, что я перегружаю себя ответственностью за работу своих опытных коллег. Уверенность при вопросе себе: «На своем ли я месте» снижалась.

Если пропускать через призму измерений супервизии по П.Хоукинсу и Шохет свой опыт работы супервизором в центре, то больше был фокус на терапевтических отношениях - исследование переносов клиента и параллельных процессов в его жизни, на стратегиях и интервенциях, на том, как и зачем они делались, а также на других возможных вариантах интервенций, на процессе терапевта на отношениях в супервизии. В том периоде я больше использовала в процессе супервизии дидактические инструкции, сократический метод, поощрение и разрешение, разъяснение, интерпретации. В этой роли, сейчас осознаю, приходилось «сидеть на трех стульях»- административном, поддерживающем и обучающем, непросто было совмещать оценку работы психотерапевтов и поддержку с обучением. Собственно, что по мнению Луиса ван Кессель, необходимо разделять.

Основные задачи супервизора в центре помощи семье и детям:

- это профилактика эмоционального выгорания за счет поддержки и разделения ответственности за психотерапевтический случай, что можно заметить по количеству обращений к консультанту, количеству больничных дней в году.
- это понимание целостного понимания сути возникшей сложности, обучение супервизируемого выполнению конкретных психотерапевтических действий на примере представленного случая, что можно измерить было через тестирование клиентов у конкретного консультанта, вначале и в конце терапии - уровень адаптации и защитных механизмов в личностном профиле в результате 20 консультаций.

Для себя свою работу супервизора оценивала через призму требований организации, где стоял план количества супервизий, качество работы психологов, интерес к новой для себя деятельности, мне важно было поддерживать контакт с психологами, которые обращались за супервизией, собственно, то что описано и отличает начинающего супервизора. В этой работе было больше супервизий по кризисному консультированию, 10-12 супервизий в месяц.

Через полгода я стала проводить интервизии в программе «Системно-феноменологическая терапия-расстановки» (1 раз в неделю - 1,5 года), где условно выполняла роль супервизора, где модель супервизии больше была образовательная. Еще через год программа «Базовый курс по семейной системной терапии» (1 раз в неделю -2,5 года). Интервизии-супервизии проходили один раз в неделю. Мне нужно было, как организатору совмещать роль ведущего, который занимался обучением: создавать безопасное пространство, где безоценочно можно отрабатывать навыки в этом методе, организовывать разделение выражений чувств и мыслей по процессу, помогать участникам замечать изменения в психотерапевтической работе у себя и у каждого, кто работает в кругу, как психотерапевт. Сейчас провожу параллель, что тот опыт чем-то похож на процесс обучения супервизии, представленный Луисом ван Кессель, 3 траектории, условно называемых «путями»: путь знания, путь выбора и путь действия. В каждой встрече супервизант исполняет следующие роли: наблюдатель, рефлексирующий и деятель.

Для того, чтобы супервизируемый сам устанавливал путь, в котором проходит его работа и регулировал направление своих встреч ему необходимо научиться формулировать и делать выбор и принимать решения самому. Роль супервизанта меняется в данном сегменте – руководитель, то есть деятель тогда. Причем модель отображает

ни линейный процесс, а циклический. Это постоянный процесс. Участники приходят на группу и определяют предварительно, чем будут заниматься, дополнительно к встрече готовят материал, дальше выполняются упражнения и наблюдают за процессом, потом рефлексия и усвоение, перенос в свой опыт работы психолога и дальше все повторяется. Это я сейчас анализирую опыт и теорию.

Хороший инструмент для развития в профессии психотерапевта - это заполнение регистрационной карты семьи, где есть концептуализация случая, возможные гипотезы в работе, техники, которые могут помочь, собственный анализ как улучшить сессию, вопросы, которые могут продвигаться в терапии, самооценка своей работы в баллах. РКС заполняется после каждой встречи.

Если рассмотреть процесс подготовки семейных системных психологов с точки зрения Нидерландского концепта обучения супервизоров, то можно заметить, что это уникальная схема, которая ложится на цели обучения терапевтов в супервизи-и-интервизи.

Формировании личности профессионала зависит от способности рефлексировать по поводу взаимосвязи всех компонентов профессиональной работы в системном методе и своих личностных особенностей, которые развиваются на протяжении 2,5 лет, а также умением интегрировать свой новый опыт, найти от чего отказаться и что разместить в нем.

При обучении, данная цель реализуется с помощью нескольких аспектов (Van Kessel). Первый из них, это интеграция двух измерений: профессионального и личного, профессиональное выступает как первоочередное для изучения, личное измерение – как второстепенное. Не всегда возможно решать профессиональные задачи без опоры на личностные характеристики. Например, если терапевту не удастся установить контакт с ребенком 5 лет на приеме с семьей, то применение самых эффективных техник психотерапии не поможет решить трудность, с которой обратились по поводу ребенка. Эта характеристика может быть у терапевта в личностном профиле, а может сформироваться в процессе обучения и взаимодействия друг с другом в группе за период обучения подходу. Происходит интеграция этих измерений, когда специалист свои личностные навыки использует в терапевтическом процессе для помощи семье. В процессе интервизий-супервизий постепенно формировалась профессиональная идентичность. Возможно, участие супервизора-наставника может формировать у части зависимость от супервизора и его мнения.

В тот период у меня возникала путаница кто я – организатор или супервизор, я замечала, что есть противоречия, которые мешают. Сейчас есть понимание, что надо разделить. Индивидуальных супервизий в этом период было не много, 2-3 в месяц больше в роли наставника в освоении метода семейной системной терапии.

Был опыт супервизий, проводимых в рамках курсов по арт-терапии и кризисному консультированию семьи. У участников-психологов региональных отделений центров помощи семье и детям из разных городов Саратовской области в требованиях аттестации по этим направлениям нужно отработать 10 супервизий. Это индивидуальные супервизии больше в рамках владения методом. Я больше была наставником, который реализовывал образовательную модель супервизии, где нужно было понимание специалисту в каком случае лучше использовать ту или иную технику, уметь рефлексировать в процессе работы.

Мне не хватало понимания алгоритма проведения супервизии, когда есть опыт разных подходов или независимо от подходов психотерапии. В 2018 году заметила в интернете международную программу по супервизии, была удивлена, что есть

интегративный подход, который не связан с направлениями психотерапии. После первого модуля стала работать с группой, где было 4-8 участников (психологи и психотерапевты). Группа смешанная, где есть опытные и начинающие психологи и психотерапевты, всего посетило 50 специалистов, прошло 14 встреч, с разным составом участников. Анализ позволяет выделить из 50 только 8, которые приходили на постоянной основе в своем ритме посещений – это психологи и психотерапевты, которые практикуют в частном порядке. 42 участника посещали 1-2 раза- это психологи госучреждений, преподаватели вузов и студенты психологических факультетов, участники программ, которые я организую в Саратове.

Формат встреч был определен один раз в месяц на 2,5 часа, группа открытая для всех желающих специалистов. Всего определили 15 встреч. В правилах группы: соблюдение конфиденциальности и секретности, связанные с кодексом поведения ассоциации супервизоров, от супервизантов сохранение конфиденциальности в отношении содержания, которое представляется и прорабатывается на сессиях и в ходе них, а также развития обучения.

В групповых супервизиях использовала вопросы, которые продвигали в работе со случаем: «Поделитесь, что произошло? Что с вами происходило в этот момент? Что вы подумали? Что сделали? Ваши действия с чем были связаны? Вы больше опирались на ваши мысли или чувства, а может быть спонтанно-импульсивно? В процессе ваших действий вы замечали реакции других или были внутренне с собой и своими переживаниями? Поделитесь вашими переживаниями? Что вы подумали в тот самый момент? Что подумали позже? Какие объяснения для себя видите по вашим действиям и поведению? Что в описанных действиях и поведении вас настораживает, а может вам хочется прояснить и задать вопрос? Какое значение имел разбор этого случая для вас в профессии? Какие клинические случаи интересны для супервизии в дальнейшем? Что может быть предметом обсуждения на следующей встрече? Какой вклад я могу внести в групповую работу супервизии?»

Использовала анкету обратной связи, где предлагала продолжить предложение: «На прошедшей встрече я чувствовал...На прошедшей встрече мне удалось...На прошедшей встрече я мог бы .... В следующий раз я буду...В следующий раз хочу .... Супервизор и мои ко-супервизанты смогли бы лучше помочь, если бы ....., потому что .... Посредством того, как работал супервизор и из интервенций я узнал для своей практики и в плане профессионального развития следующее...».

Вначале использования калейдоскопической модели Луиса Ван Кессель, были сложности, как будто каждый раз одеваешь на себя что-то чужое, идет процесс супервизии и тормозишь, проверяя «оделась или потерялась»? Легче всего удавалось отследить чувства, когда супервизант быстро начинал говорить, как-будто убежал, замечен был страх и беспокойство, когда получается найти место чувствам, то выходим на размышления в ходе работы и замечаются действия по ходу терапии, увереннее формируется запрос как желание. Безусловно, супервизант в процессе работы может взаимодействовать с коллегами по поводу консультации или с руководителем-это может влиять и является контекстом, есть свои профессиональные ценности и принципы, которые накладывают отпечаток на процесс терапии, личностные затруднения супервизанта и техники в работе, которые отнесем к методам. Самое замечательное-это то, что процесс цикличен и может не повторяться, а постоянно в изменениях своей траектории движения, где-то находится дольше по времени, может пролететь, что трудно вычленишь, как-будто в слиянии, иногда ходит как челнок – чувства-мысли, мысли-действия.

Например, собирается группа по супервизии: я замечаю, что сейчас в чувствах тревоги, когда разнородный состав группы с большим количеством участников, ты думаешь как успеть уложиться во времени - мышление, офис работает до 20.00. – контекст вокруг влияет на поведение, надо решить вопрос срочно-желание, обсуждаешь вопрос этот с группой-действие. И дальше снова процесс запускается или расширяется в сторону метода, личностного или профессионального профиля, хотя может и не быть в поле какое-то время.

Если рассматривать интервенции супервизии, к тем, которые я называла вначале раздела добавлю моделирование, мне удалось интегрировать свой расстановочный опыт в проведение супервизии, который помогает выйти супервизанту в мета-позицию и посмотреть на клинический случай со стороны, позволяет контейнировать сильные чувства, связанные с похожей ситуацией в личной жизни для личной терапии. Интересно, что после собственного опыта работы с Луисом Ван Кессель на одном из модулей, где рассматривалась тема насилия на супервизии, у меня получилось провести такую модель с фигурами в групповой супервизии, но уже в Саратове. На групповой супервизии был разбор случая Инны Д.- клинического психолога городской поликлиники по работе с зависимостью члена семьи.

Таким образом, проведение групп супервизора-наставника мне удастся сократить, даже если провожу, то с минимальным вмешательством в процесс, который сейчас делегировала опытным психологам как старостам группы программы по системному подходу.

Трудности, с которыми мне приходилось работать в групповых супервизиях: организация процесса, когда есть опытные специалисты и начинающие. Часто участникам, которые с опытом работы хочется динамики в продвижении работы над случаем, а для начинающих не хватает времени настроиться и высказать свое мнение, у меня возникает дилемма, которую хочется обсудить с участниками, но тогда не остается времени на случай, ограничения временем, и составом по количеству. Считаю важным уделить время каждому вначале, выяснив состояние, личные контакты внутри процесса влияют на доброжелательные и искренние отношения, что помогают профессиональному анализу потом над случаем.

Когда в группе 4 участника, предварительно определен случай, который будет обсуждаться на предыдущей встрече, то у меня больше уверенности и нет суеты, которая вызвана моей собственной тревогой.

Согласно обратной связи супервизантов закрытый формат работы помог бы создать более безопасное пространство и позволить быть более искренними и открытыми высказываясь в группе, соответственно и более эффективно проводить групповую супервизию.

### **Заключение**

Возможно, фокус исследования в теоретическом обзоре несколько смещен в сторону психотерапии, так как основное направление работы с психологами и психотерапевтами, небольшой опыт работы с педагогами и школьными психологами. Мне важно было найти соприкосновения в теории по супервизии в психотерапии, потому что в курсе программы Луиса ван Кесселя этапы становления супервизии Нидерландской модели были хорошо изложены.

Исследование темы в теории позволило заметить как картинка эволюции развития супервизии из объемной в мире помещается в моей личной картине становления в профессии супервизора и личностном развитии.

Для меня взаимодействия в группе супервизоров, общение с Луисом Ван Кесселем было полезно: точки зрения, обмена опытом, возможностями договариваться между собой, организовываться в процессе проведения модулей и по подготовке к защите. Я училась замедляться и наблюдать за участниками, ведущим, слушать других и слышать, говорить о своих потребностях. Безусловно ценен опыт личной работы по супервизии случая с Луисом ван Кессель, моделирование случаев по супервизии коллег, анализ и обратная связь по процессу обучения и проводимых супервизий.

Я благодарна всем и возьму в свой опыт участия в формировании безопасного пространства, необходимого для обучения супервизии, где есть «жесткий» регламент работы и «мягкое» пространство для творчества, эмоциональное тепло и забота участников-«хозяев центра», партнерство со всеми участниками и ведущим, который мудро дает слово и обращает каждого друг другу, мощностность компетентности участников, с которыми можно разделить груз ответственности за трудные случаи, возможность примерить новый взгляд калейдоскопической модели супервизии независимо от подходов.

Супервизия как новое мышление, которое я буду дальше интегрировать и сочетать с тем, что уже умею в супервизии.

В процессе обучения я получила новый опыт организации и проведения групповой супервизии. В дальнейшей практике супервизора планирую пересмотреть проведение групповых супервизий с учетом прошлого опыта: группы с примерно постоянным составом -4 участника и определенным кол-вом встреч-10; предложить группе заполнять анкеты по рефлексии процесса после каждой встречи; заключение письменного контракта с оплатой курса.

Мне нравится опыт индивидуальных супервизий, который в годы обучения стал стабильным, структурированным, где есть контракт с супервизантом на 10 встреч, с постоянными местом и временем встреч, предварительной оплатой.

В процессе обучения я получила уверенность, что супервизия может быть вне подхода и могу сочетать с любым подходом, решение за мной.

Сейчас, этот опыт из супервизии- видение через призму календоскопической модели помогает в консультировании, в организации семинаров. Сейчас я замечаю этот калейдоскоп в своей жизни.

## **Литература**

1. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: Учебное пособие. Спб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998.
2. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. Издательство Института психотерапии, 2003.
3. Ван Кессель Л. ANCE – Европейская ассоциация супервизоров: история, цели, задачи, 2019
4. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. С.-Петербург: «Речь», 2002.
5. Винокур В.А., Губачев Ю.М. Балинтовские группы в системе последипломной подготовки врачей // Клиническая медицина. 1996. №5. С. 71-73.
6. Винер Дж., Майзен Р., Дакхем Дж.: Супервизия супервизора. Практика в поисках теории. М.:Когито-Центр, 2006.

7. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы теории и практики супервизии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в парадигме гештальт-терапии) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения 7.02.2020.)
8. Залевский Г.В. Психологическая супервизия: учеб. пособие для студентов вузов / Г. В. Залевский ; Том. гос. ун-т Томск : ТМЛ-Пресс, 2010.
9. Зачеицкий Р.А. О балинтовских группах // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. П.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 1985. С. 148-156.
10. Кодекс этики и практики супервизоров британской ассоциации консультирования// Журнал практической психологии и психоанализа. - 2012, № 4.-С.45-46
11. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. Санкт-Петербург, 2004.
12. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002.
13. Меновщиков В.Ю., Постников И.В. Супервизия на дистанции. // Консультативная психология и психотерапия. 2011. №4. С. 40-50.
14. Меновщиков В.Ю., Постников И.В. Способы супервизии через Интернет: сравнительная оценка супервизируемым // Психологическое консультирование Онлайн. 2010. № 2. С. 39-44.
18. Меновщиков В.Ю., «Обезьянья лапа» психотерапии. // Московский психотерапевтический журнал. №1, 2006. С. 164 – 175.
19. Меновщиков В.Ю. Балинтовские группы в реале и в Интернете // Психологическое консультирование Онлайн. №2 /2012. С.122-137.
20. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001.
21. Постников И.В. Супервизия на дистанции (впечатления супервизируемого) // Психологическое консультирование Онлайн. 2010. № 1. С. 77-80.
22. Соловейчик М. Я., Супервизия / Мастерство психологического консультирования. Под ред. Бадхена А. А., Родиной А. М. – СПб.: Европейский дом, 2002г.
23. Токарев Н.А., Токарева Л.А. Балинтовские группы в подготовке и повышении квалификации работников МВД России: Методические материалы. Спб.: ИПК работников МВД России, 1997.
24. Уильямс Э. Вы - супервизор: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии /Э. Уильямс. - М.: Независимая фирма «Класс», 2011.
15. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. С.-Петербург: «Речь», 2002.
16. Якобс Д. Супервизорство/Д Якобс и др. - С-Пб: Б.С.К., 2010
17. Hawkins P., Shohet R. Supervision in the Helping Professions. Milton Keynes, U.K.: Open University Press, 1989.
18. Krall H., Fürst J., Fontaine P. Supervision in Psychodrama: Experiential Learning in Psychotherapy and Training, 2012.
19. Norcross J., Popple L. Supervision Essentials for Integrative Psychotherapy (Clinical Supervision Essentials), 2016.

20. Powell D.J. Clinical Supervision: A ten year perspective / D. J. Powell // The Clinical Supervisor. – 1989
21. Van Kessel L. Dutch concept of supervision: Its essential characteristics as a conceptual framework, 1993.
22. Van Kessel L. Supervision. A necessary contribution to the quality of professional performance, illustrated by the concept of supervision used in the Netherlands, 1997.
23. Van Kessel L. The Intended way of learning in supervision seen as a model, 1993.
24. Висконсинский тренинговый проект по клинической супервизии, руководство участника [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.Fare-wi.org/FARERtoPWIClinSUPTmgModelSummary.html](http://www.Fare-wi.org/FARERtoPWIClinSUPTmgModelSummary.html) (дата обращения 4.02.2020)

## Сравнительный анализ балинтовской модели супервизии и интегративной модели супервизии

### Введение

Хочется начать с небольшого рассказа о моем пути становления в качестве супервизора. Думаю, это важно для понимания актуальности выбранной темы исследования.

Психологом я родился и рос в балинтовской модели проведения групп для специалистов. Это обучение началось с посещения в течение 6 лет балинтовских групп под руководством Ю.В. Шукиной<sup>47</sup>.

Еще до участия в этих группах я увидел балинтовскую работу на Зимней психологической школе понимающей психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ. Эту группу проводила Ю.В. Шукина. Там я поразился волшебству и эстетике процесса групповой работы. Помню, что во время обсуждения случая Юлия Владимировна предложила два круга образов. И на втором кругу я увидел какую волшебную трансформацию приобретают образы, возникшие у участников. Будто из разных картинок, сюжетов, сцен, представленных в первом кругу образов, во втором кругу сплетается единая связная картина. Порой эти связи требовали подключения профессиональных, аналитических, интерпретативных усилий, а подчас - открывались самоочевидным, хотя прямо и не связанным образом. В тот момент я понял, что хочу участвовать в таких группах и проводить их.

Счастливая возможность участия в балинтовских супервизорских группах возникла у меня, когда я устроился на работу на телефон неотложной психологической помощи Московской службы психологической помощи. В этом отделе существовала практика обязательного посещения балинтовской группы психологами-телефонными консультантами раз в две недели. Таким образом, за 6 лет работы на ТНПП я посетил более 600 балинтовских групп под руководством Ю.В. Шукиной. И для меня это стало бесценным творческим опытом.

Можно сказать, что 6 лет посещения балинтовских супервизорских групп привили мне любовь к супервизии как практике исследования профессионального опыта.

Вторым человеком, который открыл для меня ценность супервизии, был Ф.Е. Василюк, учитель и старший коллега Ю.В. Шукиной, профессор психологии, создатель подхода "Понимающая психотерапия". Параллельно с обучением в университете на психолога и после завершения этого обучения я получал психотерапевтическое образование в его Мастерской понимающей психотерапии.

Учеба в Мастерской разделена на 5 ступеней. Каждая ступень состоит из двух частей, где вторая часть – это всегда супервизия своего случая. Эти супервизии можно, как я теперь понимаю, отнести к дидактической форме супервизии. В них преподаватель оценивает студента-супервизанта по трем параметрам: уровень рефлексии; уровень ориентации на личность клиента; уровень техники. Сама процедура супервизии также обладает своей спецификой: на супервизию приносятся аудио-

---

<sup>47</sup> Ю.В. Шукина, супервизор, преподаватель факультета психологического консультирования МГППУ, член Ассоциации понимающей психотерапии.

или видеозапись консультации, полная расшифровка текста консультации, текст супервизорского запроса. Сама работа во многом ведется в виде герменевтического исследования текста, анализа протокола консультации. Супервизия осуществляется с позиции соответствия работы студента-супервизанта букве и духу подхода "Понимающая психотерапия". Роль супервизора здесь близка к экспертной. Это авторитет, который может дать свое профессиональное заключение по поводу специфики разворачивания консультации и вынести итоговый вердикт: получает ли студент зачет.

После завершения обучения я сам стал преподавателем в Мастерской понимающей психотерапии. И теперь сам провожу такие дидактические супервизии.

С 2012 года, одновременно с выпуском из университета, я начал сам проводить и балинтовские группы. Это были группы для волонтеров фонда помощи хосписам "Вера". Поэтому на настоящий момент у меня есть опыт проведения как дидактических супервизий в рамках понимающей психотерапии, так и балинтовских групповых супервизий.

Первые годы я проводил группы для волонтеров хосписа исключительно в балинтовском формате. Но чем дольше я их так проводил, тем больше видел ограничений, заложенных либо в самом методе, либо в моем понимании этого метода. Дело в том, что трудности и вопросы волонтеров далеко не всегда лежали в поле их отношений с пациентами хосписа. Часто такое сужение фокуса внимания казалось избыточным и для участников, и для меня в роли ведущего. Группы не давали волонтерам того, в чём они нуждались. Тогда я решил их переименовать: из "балинтовских групп" они стали "группами поддержки". Изменения коснулись не только вывески, но и содержания: я расширил то, что разрешено в рамках такой группы. Однако скоро стало понятно, что у меня очень смутное понимание того, как еще я могу вести группу, если не по балинтовским правилам.

И тогда я пошел на учебу интегративной модели супервизии. Одной из целей этого обучения было обогащение профессионального репертуара. Мне хотелось научиться вести группы так, чтобы они удовлетворяли более широкому кругу возникающих у специалистов трудностей. Похоже, что у интегративной модели были ответы на эти вопросы.

После начала обучения я стал вводить в свои уже существующие группы некоторые элементы из интегративной модели супервизии. И столкнулся с трудностью сочетания своих привычных способов ведения группы с новым подходом.

Возникшие трудности сформировали тему этой дипломной работы. В ней я буду исследовать особенности балинтовской группы и интегративной модели супервизии, а также возможные способы их сочетания и применения каждого из них в практической супервизорской жизни.

В первой главе дано описание специфики балинтовских групп; во второй главе обозначена специфика интегративной модели супервизии; в третьей главе предложено теоретическое сопоставление двух исследуемых моделей; в четвертой главе проведено сравнение балинтовской и интегративной моделей групповой супервизии сквозь призму конкретных случаев.

Прежде чем приступить к основной части работы, необходимо уточнить, что существует два взгляда на понимание балинтовских групп среди представителей этого направления. Одни исследователи полагают, что балинтовские группы не относятся к супервизии. К примеру, А.А. Авагимян (Avagimyan, 2019) полагает, что балинтовская группа не является супервизией, поскольку в ней отсутствует дидактическая, экспертная составляющая. Однако современные представления о супервизии (Van Kessel,

2018, Chapter 1) не рассматривают эту практику как экспертную, а дидактический элемент присутствует скорее в дидактической супервизии, когда речь идет о подготовке студентов или начинающих специалистов. Другие же исследователи, на мой взгляд вполне обоснованно (Vinokur, 2015), относят балинтовские группы к групповой супервизии и называют их «балинтовская супервизия». В рамках настоящего исследования я буду считать балинтовскую группу одним из возможных вариантов проведения групповой супервизии и называть ее в том числе «балинтовская супервизия».

### **1. Балинтовская модель групповой супервизии**

История. В начале 50-х годов английский врач и исследователь Майкл Балинт предложил метод обучения врачей, помогающий снизить эмоциональную напряженность, возникающую в работе с «трудными» пациентами. Этот новый способ обучения был отработан в серии семинаров, проводившихся с 1950 по 1971 годы Майклом Балинтом и его женой Энид Балинт. На семинарах обсуждение фокусировалось на особенностях взаимоотношений между врачом и пациентом, а также факторах, влияющих на их взаимодействие. Прошедшие обучение врачи становились более чувствительными к эмоциональному состоянию своих пациентов, к их психологическим проблемам; начинали лучше понимать как запросы, так и собственные переживания (Balint, 2018).

Данный метод показал себя настолько эффективным для профессионального роста и профилактики эмоционального выгорания, что очень скоро получил широкое распространение во всём мире.

Наши дни. Балинтовская группа признана эффективным методом повышения профессиональных навыков общения, снижения эмоционального стресса и «выгорания», особенно для начинающих специалистов (Flatten & Tschuschke, 2017). Сегодня балинтовские группы организуются для специалистов самых разных профессий, связанных общением: врачей общей практики, врачей психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, для полицейских и священников (Vinokur, 2015).

#### *Цели балинтовской группы*

1. Совершенствование умения общения с пациентом и более глубокое понимание своего отношения к нему.
2. Развитие рефлексии
3. Осознание участниками группы своих «слепых пятен» в общении с пациентом.
4. Повышение компетентности в профессиональном межличностном общении.
5. Осознание сложностей, мешающих общению с пациентом.
6. Обретение способности видеть за диагнозом или схемой живого человека.
7. Улучшение эмоционального состояния участников за счет коллегиальной поддержки и совместной проработки трудных случаев (Vinokur, 2015; Wasilewski & Engel, 2018).

«... у врача в группе появляется шанс научиться, как, работая с пациентом, чувствовать себя внутренне свободно и оставаться самим собою. Это означает, что врач научается использовать свой опыт и умения, ничего в себе не подавляя и не вытесняя. Это также помогает врачу научиться реже использовать привычные для него «автоматические», порывистые, импульсивные реакции, направленные на других людей, что позволяет ему тоньше настраиваться на реакции пациента и тем самым улучшить терапевтическое сотрудничество и взаимодействие с ним» (Balint, 2018).

### *Проведение группы*

Групповая работа заключается в обсуждении отдельных случаев общения с пациентами из практики участников этих групп под руководством ведущего. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды общения из прошлого, продолжающие беспокоить участников, вызывающие у них дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными» текущие случаи, вызывающие чувство тревоги и беспомощности. Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы (Balint, 2018; Otten, 2016).

### *Методики ведения группы:*

отражение чувств, телесных реакций, образов, ассоциаций, то есть работа с контрпереносом (все возникающие реакции участников на рассказ референта); работа с сопротивлением (молчание участника, обсуждение группой второстепенных тем, попытки обсуждать подобные случаи, бесконечные вопросы референту); гипотезы и интерпретации - участники могут озвучивать свои идеи по поводу того, что за сложности возникают в отношениях между специалистом и клиентом.

### *Кто может быть участником группы.*

Важно, что участником балинтовской группы может быть представитель любой помогающей практики.

### *Современное ведение балинтовской группы*

В качестве двух наиболее ярких примеров вариантов ведения балинтовской группы можно сослаться на описание, предложенное Джоном Салински (Salinsky, 2004).

### *Первый тип группы он описывает так.*

«Позвольте начать с того типа группы, с которым видимо знакомы большинство читателей этого Журнала. Мы могли бы назвать ее «Модель Балинтовского Общества», и с ней можно встретиться каждый сентябрь на встрече Общества в Оксфорде. В этой версии балинтовской группы два ведущих группы скорее всего будут врачами общей практики. Они удерживают обсуждение сфокусированным на эмоциональном содержимом отношений между доктором и пациентом. Они не используют специальные термины и не дают интерпретаций. Они останавливают слишком большое количество вопросов к референту, и они защищают членов группы от «вторгающихся» воспоминаний об их личных случаях. Они вдохновляют членов группы представить как пациент может чувствовать себя и отражать их собственные спонтанные чувства об истории референта».

Второй тип группы Джон Салински прекрасно иллюстрирует следующим описанием. «Эта модель отличается немного, но при этом все же значительно. Она развита в Тавистокской клинике, и также ее можно найти в других группах, где руководителями выступают психоаналитики и психоаналитические психотерапевты. В этих группах ведущий может хранить молчание в течение долгого времени, не пытаясь руководить или осуществлять интервенции. Затем она свяжет воедино нити обсуждения и предложит психодинамический итог того, что происходит в жизни пациента, в отношениях между доктором и пациентом и, возможно, в параллельном групповом процессе. Эта интерпретация может быть принята группой сразу же или позже. А может быть и вовсе проигнорирована».

Помимо этих двух классических моделей обозначу также и тот вариант проведения балинтовской группы, которому я был обучен.

Обычно такая группа начинается с обозначения правил: конфиденциальность, не использовать специальную терминологию, не критиковать, не давать советы. Затем

один из участников группы представляет случай. Ему задают вопросы фактического характера. После чего он формулирует свой запрос к группе. Желательно, чтобы запрос был сформулирован в терминах отношений. После этого докладчик отодвигается за круг и начинается обсуждение. Обычно проходит три раунда обсуждения. 1. Круг телесных реакций и чувств. 2. Круг образов и ассоциаций. 3. Круг гипотез и интерпретаций о том, что может происходить в отношениях между докладчиком и его клиентом. В финале группы докладчик озвучивает свою обратную связь. Роль ведущего ограничена модерацией и иногда фасилитацией процесса – обращать внимание на то, как соблюдаются правила, прояснять то или иное высказывание участника группы, запускать следующий круг обсуждения. Собственные же версии и идеи ведущий старается, как правило, оставлять при себе.

*Какие трудности возникают у меня как у ведущего балинтовской группы*  
Узкий фокус внимания на отношениях.

Далеко не всегда супервизанта интересуют трудности именно в отношениях с клиентом. Балинтовская же традиция предлагает во всяком случае концентрироваться на отношениях.

Структура.

Я отношу себя к творческим людям: мне не нравится делать изо дня в день, от случая к случаю одно и то же. Я понимаю, что содержание, наполнение этой кастрюли каждый раз может быть разным. Но сам тот факт, что мне приходится варить в одной и той же кастрюле, ввергает меня в уныние. Получается, что я вожу группу из раза в раз по одному и тому же известному мне и им алгоритму.

Отсутствие меня самого в процессе. Психоаналитическое прошлое и настоящее балинтовских групп отводит характерное для психоаналитика место ведущему: минимальные интервенции, отказ от внесения личного или даже профессионального материала в групповой процесс, немногословная роль модератора/фасилитатора. Мне тяжело уместить себя в этот формат, а вернее даже убирать себя из этого формата. Я остаюсь тенью на стене. Может быть это эгоцентрическое ожидание – больше себя, больше личности. Но все же оно есть.

## **2. Интегративная модель супервизии Луи ван Кесселя**

Прежде чем говорить об интегративной модели супервизии необходимо сказать несколько слов о возникновении супервизии как самостоятельной практики в целом. Супервизия изначально стала возникать в новых сложных формах организации профессиональной жизни людей, где человек встречался с человеком. Там, где требовалось построение отношений, обретение нового взгляда, получение поддержки, обмен профессиональным опытом и его осмысление.

Можно говорить о трех основных истоках супервизии (Jacobs et al., 1995; Kariagina, 2009; Zalevski, 2008).

Во-первых, следует вспомнить общих прародителей групповой супервизии: психоаналитиков во главе с З. Фрейдом. Прообразом супервизии можно назвать психоаналитические разборы, которые проходили дома у Зигмунда Фрейда по вечерам в среду в Вене на Бергассе, 19 за чашкой хорошего кофе. «Общество среды» встречалось еженедельно с 1901 по 1906 год, чтобы затем стать Венским психоаналитическим обществом. Участники группы собирались вокруг Фрейда, чтобы обучиться психоанализу. Однако обучение во многом состояло в обсуждении случаев работы с пациентами. Поэтому уместно рассматривать эту группу как первый пример групповой супервизии.

Второй исток, из которого берет свое течение супервизорская река, лежит в сфере промышленности. Это следствие промышленной революции начала 20 века, когда надо было обучать людей, приходящих на фабрики из деревень, работать на конвейере. Такие наставники стали называться супервизорами.

Третий исток лежит в социальной работе. После 2 Мировой войны стало понятно, что нужно как-то восстанавливать жизнь, помогать множеству телесно и душевно раненых людей. Оказалась очень востребована социальная помощь. Однако не было научных и культурных ответов на вызовы этого времени. Из практики совладания с этим страшным опытом стали зарождаться формы, аналогичные супервизии и интервьюизии.

Ю.В. Щукина выделяет три основных цели супервизии в сфере психологической помощи.

1. Обеспечение профессионального развития психолога-практика.
2. Стимуляция развития специальных навыков и компетенций для повышения качества работы.
3. Экспертиза профессиональной деятельности специалиста сферы психологической помощи (в том числе, аттестация, сертификация, подтверждение и обновление лицензии), увеличение ответственности специалиста по отношению к стандартам профессиональной психологической помощи (Shchukina, 2011).

Супервизия, как еще ранее полагали некоторые авторы, “широко используемая, но плохо понимаемая” практика (Holloway & Johnston, 1985). Похоже, это утверждение не утратило актуальности и в наши дни. Скажем, последние несколько лет все больше психологов, которые устраиваются на работу к нам в Московскую службу психологической помощи, знакомы с этим словом и получали супервизию в ходе обучения в долгосрочной психотерапевтической программе. Вместе с тем найти хорошую русскоязычную литературу по супервизии, а особенно групповой супервизии, даже в сегодняшней Москве непросто. Нуждается в развитии также и общая рамочная концепция супервизии (Zalevski, 2008).

Один из проработанных вариантов такой рамочной концепции предлагает Луи ван Кессель в своей работе: “Супервизия. Профессиональный персонализированный развивающий подход для специалистов и руководителей в сфере помогающих профессий” (“Supervision. A personalised professional development approach for professions and leadership in human service professions” (Van Kessel, 2018)).

“... я представляю характеристики супервизии как мета-методического – также называемого общим, иногда – интегративным – подхода, который предлагает специализированное и практико-ориентированное профессиональное развитие специалистов в области оказания услуг населению и их руководителям, или тем, кто проходит обучение по данным направлениям” (Van Kessel, 2018, Chapter 1).

Изначально слово супервизия может быть понято как то, что устанавливает иерархию. Однако современные концепции супервизии, и интегративная модель супервизии в частности, предлагают другой взгляд на это понятие.

“А именно, как особое образовательное мероприятие, которое позволяет субъектам в различных областях оказания услуг профессионально развиваться: быть профессионалами в области социальной работы, психотерапии, образования, здравоохранения или даже пастырского попечения, а также развития человеческого потенциала и человеко-ориентированного руководства (менеджер в качестве тренера) в различных организациях”.

И далее: “Мы более или менее приблизимся к пониманию сути значения термина «супервизия», о котором мы говорим в этой лекции, если переопределим значение «надзора» «смотрения сверху» на: «обретение лучшего видения, а также понимания (инсайт), с целью улучшения практической деятельности специалистов, предоставляющих услуги людям»” (Van Kessel, 2018, Chapter 1).

Можно предположить, что интегративная модель супервизии выросла из Нидерландской модели супервизии. И здесь необходимо обратить внимание на специфику последней. Луи ван Кессель в своей статье “Ключевые характеристики нидерландской модели супервизии как концептуальная рамка” (Van Kessel & Haan, 1993), пишет, что супервизия в англоговорящем мире включает в себя три функции: административную, поддерживающую и образовательную. Тогда как супервизия в Нидерландах фокусируется на обучающем процессе для супервизанта.

При этом сам Луи ван Кессель допускает, что супервизия может стать похожей на административную супервизию в ходе исследования полюса исполнения профессиональных обязанностей в рамках калейдоскопической модели “профессионального функционирования” (Van Kessel & Haan, 1993, p. 7).

Так, супервизор помогает супервизанту лучше обучаться, опираясь на его собственный консультативный опыт. Супервизор не проверяет качество предоставляемых клиентом услуг. Но он отвечает за профессиональное развитие и повышение компетенций супервизанта, поощряя его рефлексии. Супервизор при этом занимает настолько независимую от организации позицию, насколько это возможно. И, наконец, супервизор отвечает лишь за процесс обучения и развития.

Таким образом, в Нидерландах супервизант работает не ПОД супервизией, а С ПОМОЩЬЮ супервизии, и супервизия тем самым исключает из себя административную составляющую (Van Kessel & Haan, 1993).

Луи ван Кессель, ссылаясь на Столтенберга, говорит о том, что цель супервизии - это высокоинтегрированный и компетентный профессионал. Стать таким профессионалом возможно с помощью интеграции профессионального и личного измерений. Цель и результат такой интеграции - профессиональная личность (Van Kessel & Haan, 1993). Профессиональное и личное измерение являются частью калейдоскопической модели супервизии. Калейдоскопическая модель профессионального функционирования - один из ключевых элементов в интегративной модели супервизии. Она позволяет супервизанту исследовать в супервизии профессиональную трудность со всех граней. Применима она и к групповой супервизии. Подробное ее описание можно найти в главе 3 (Van Kessel, 2018, Chapter 3). В следующих главах дипломной работы дальнейший анализ будет проводиться в том числе с опорой на калейдоскопическую модель.

В целом интегративная модель супервизии предлагает несколько ключевых мета-теоретических моделей, на которые супервизор может опираться в своей профессиональной деятельности, независимо от того, со специалистом какой профессии и какого подхода он работает. Есть и специфические элементы, характерные для групповой супервизии: например, разные стили ведения группы супервизором (Van Kessel, 2018, Chapter 3).

Полагаю, что более подробное описание общих положений интегративной модели супервизии в рамках настоящего исследования в силу ограниченного объема работы невозможно. Перечислю лишь основные тезисы интегративной модели супервизии как самостоятельного подхода. Благополучие клиентов и общества как предельная цель; выделение двух ключевых объектов (измерений) супервизии: про-

фессионального и обучающего; интеграция профессионального и личного измерений; отношение к супервизии как к продолжающейся рефлексии практики; возможности проведения супервизии в диаде, триаде или группе и т.д. Детальное описание этой модели можно найти в материалах, по которым мы учились в течение двух лет (подробней об этом см. Van Kessel, 2018).

### **3. Теоретический сравнительный анализ балинговской модели супервизии и интегративной модели супервизии**

В данном разделе будет проведен анализ двух исследуемых моделей супервизии с опорой на калейдоскопическую модель супервизии. Мы посмотрим две модели супервизии сквозь призму основных структурных элементов «калейдоскопа», таких как: чувства; действия; воля; мысли; метод; требования профессии; профессиональная личность; организационный контекст; социальный и культурный контекст, а также уделим внимание ключевым особенностям проведения групповой формы супервизии в каждой из моделей (подробней об этой модели см. Van Kessel, 2018, Chapter 3).

#### *Работа с элементом «чувства»*

Балинговская группа. В балинговской группе основное внимание уделяется работе с чувствами. Речь идет как о чувствах референта, так и о всех тех чувствах, которые пробуждаются в участниках в ответ на рассказ референта. Зачастую чувства - то основное, что содержится в контрпереносе участников. Поэтому им отводится ключевая роль в групповой работе.

Интегративная модель супервизии. Внимание к чувствам может стать одним из способов входа в исследование случая. Например, если протагонист уделял внимание именно чувствам в своем рассказе, то ведущий может продолжить исследование этого элемента калейдоскопа. Однако исследование чувств лишь один из элементов супервизионного процесса. Чувства не стоят в центре этой работы.

#### *Работа с элементом «действия»*

Балинговская группа. В балинговской группе внимание к действиям ограничивается описанием совершенных действий в работе референта с клиентом в рамках презентации случая. Такое описание носит скорее факультативный характер: только если супервизант захочет уделить этому время. Попытки группы предложить какое-либо конкретное действие, интервенцию, методический или технический ход в работе референта с его клиентом останавливаются ведущим группы. Такая остановка исходит из идеи, что подобные предложения – это форма совета. А совет – это форма обесценивания. Ведущий группы транслирует идею, что референт сам в состоянии понять, что ему делать, если группа достаточно полно отразит его случай.

Интегративная модель супервизии. В групповом процессе отводится значительное место совершенным и возможным действиям протагониста. Прочитав слова Луи Ван Кесселя, прозвучавшие на одном из семинаров: «Когда коллеги говорят: «В этой ситуации я бы повел себя так или эдак», то они этим говорят о себе, открываются. И это привносит новое в атмосферу группы». И далее: «В мозговом штурме нет вовлеченности, а в ситуации, когда делишься своим опытом – есть. В это попытке поставить себя на место интервизанта есть вовлеченность и включенность. Чувствуйте себя свободным в экспериментировании».

#### *Работа с элементом «воля»*

Балинговская группа предполагает, что по итогам исследования случая у референта, возможно, сформируется новое видение случая, а значит возникнут и новые

интенции к тем или иным профессиональным действиям. Однако напрямую работа с волей в ходе обсуждения случая скорее не ведется. Обретение новых стремлений референта - скорее опосредованный результат, о котором человек, предложивший случай, может сказать или же не говорить во время своей завершающей обратной связи.

Интегративная модель супервизии. Воля или желание чего-либо, готовность к чему-либо - это центральный, по крайней мере в рамках схемы, элемент калейдоскопа. Элемент «воля» находится в тесной взаимосвязи не только с окружающими его чувствами, мыслями и действиями, но также обусловлен особенностями профессиональной личностью, тем методом, который она стремится реализовать, и тем контекстом, в котором это все происходит. Скажем, недавно я начал вести супервизии для сотрудников крупного российского банка. И первые несколько супервизий сразу же обнажили, как много личных и профессиональных желаний ограничивается конкретным контекстом: «Бизнес нам платит; я вынуждена выполнять требования компании; я должна давать на результат». Кажется, что такой супервизант не может не только действовать определенным образом, но даже и желать каких-либо действий.

#### *Работа с элементом «мысли»*

Балинтовская группа. Работа с когнициями в балинтовской группе вторична по отношению к спонтанно проявляемым чувствам и ассоциациям. Но иногда на завершающих этапах может быть уделено время мыслям в виде гипотез и интерпретаций. Но следует заметить, что гипотезы и интерпретации должны касаться именно отношений, возникающих между клиентом и референтом. Группа в данном случае отвечает на вопрос: «Как вы думаете, что произошло с этими отношениями? Что с ними не так?»

Интегративная модель супервизии. Как следует из текста третьей главы материалов Луи Ван Кесселя, «специалист в ходе своей профессиональной деятельности должен осознавать свои собственные когнитивные и эмоциональные реакции как часть своей профессиональной роли» (Van Kessel, 2018, Chapter 3). Эта цитата обращает наше внимание на то, что мысли и чувства – это часть большего, часть профессиональной роли.

#### *Работа с элементом «метод»*

Балинтовская группа. Как правило в балинтовской группе не исследуется метод, на который опирается специалист. Скорее наоборот, предлагается не фокусироваться на методе, а отражать случай в целом. Одно из правил балинтовской группы «не использовать профессиональных терминов» дает возможность освободиться от бремени конкретного метода и выйти в обсуждение случая на общечеловеческом языке.

Интегративная модель супервизии. Интегративная модель супервизии полагает, что профессионал должен действовать с клиентами и коллегами «методически», то есть в рамках определенного метода. И вместе с тем интегративная модель относится к мета-методическим моделям. То есть в этой модели заложены инструменты, позволяющие исследовать любой метод поддерживающего общения человека с человеком. К таким инструментам можно отнести, к примеру, учебное измерение супервизии и то, как развиваются учебные задачи и цели в ходе развития профессиональной личности (Van Kessel, 2018, Chapter 4).

#### *Работа с элементом «требования профессии»*

Балинтовская группа. Ведущий балинтовской группы оставляет требования профессии за бортом балинтовской группы. Возможно, иногда обсуждение этой темы возникает в группе, но всё же это скорее исключение, чем правило.

Интегративная модель супервизии. Требования профессии в рамках интегративной модели - это «стандарты профессионального поведения, установленные про-

фессиональным сообществом, проявляемые в действиях специалиста» (Van Kessel, 2018, Chapter 3). Сам тот факт, что автор цитаты обращает внимание на профессиональное сообщество, уже указывает нам на специфику исследуемой модели: здесь профессионал - часть большего, часть больших систем, сам при этом являющийся в определенном смысле этого слова системой.

*Работа с элементом «личность»*

Балинтовская группа. В этом месте балинтовская супервизия проводит разделение между супервизией и психотерапией, оставляя за последней всё, что касается личности, а значит и личного. Все возникающие в группе чувства, установки, верования и ценности рассматриваются не как присущие референту или конкретному члену группы, а как те, которые возникают в ответ на конкретный случай, то есть являются частью случая референта.

Интегративная модель супервизии. Интегративная модель предполагает, что на работу специалиста влияют его личные качества и особенности, установки, верования, ценности и подходы к осуществлению профессиональной деятельности. Каждый из этих аспектов личности может оказываться в центре внимания в обсуждении в ходе супервизии.

*Работа с элементом «профессиональный контекст»*

Балинтовская группа. Ведущий балинтовской группы не фокусируется на организационном контексте. В классическом варианте исполнения балинтовской модели могут рассматриваться только случаи, возникающие между референтом и клиентом/пациентом, но не между референтом и сотрудником/руководителем организации, в которой работает референт. Мои попытки проводить группы, где мы бы исследовали организационные трудности в балинтовском формате, были не очень успешны: обычно разворачивалась мощная групповая динамика, с которой не удавалось справиться, ее не получалось «потушить». А исследовать эту динамику возможности не было. В развитие этой мысли постараюсь процитировать своего старшего коллегу, ведущего балинтовских групп Г. Сафронова: «Если бы я был руководителем любой современной медицинской организации и ко мне бы пришел специалист с предложением проводить балинтовскую группу для медиков, я бы не пустил его на порог. Потому что тот организационный контекст, в котором оказываются современные врачи, не позволяет им так глубоко входить в исследование своих чувств. В противном случае они в скором времени просто уйдут с этой работы».

Интегративная модель супервизии. Внимание к организационному контексту стало для меня одним из принципиальных отличий интегративной модели. Неоднократно во время практических занятий я замечал, как Луи Ван Кессель в той ситуации, где ведущий балинтовской группы пошел бы в исследование контрпереносных чувств и их значения, разворачивается к организационному контексту. Подробнее об этом см. раздел 4.

*Работа с элементом «профессиональный контекст»*

На мое 33-летие Ю.В. Щукина подарила мне книгу с картинками. На этих картинах нидерландские живописцы изображают цеховые сообщества. Она сопроводила свой подарок словами о том, что для любого профессионала важна принадлежность к своему цеху, к своему сообществу. И прекрасный образец приверженности, принадлежности к своему сообществу, можно увидеть в этих картинах.

Читаем описание к групповому портрету Рембрандта «Синдики»: «Синдики – это собрание суконщиков амстердамской гильдии. В их обязанности входила проверка качества производимых тканей, а также инспекция окрашивания. Члены собирались

на один год и в почётное собрание входили представители всех религиозных конфессий. Текстильные цеха находились в отдельном доме, где был центральный зал собраний и именно для него суконщики заказали большой портрет у Рембрандта» (см. рис. 1).



Рисунок 1. «Синдики», Рембрандт

Завершение нашего двухгодичного обучения у Луи ван Кесселя сейчас сопровождается созданием Национальной Ассоциации Супервизоров России, которая уже стала ассоциированным членом ANCE (ANSE – Association of National Organizations for Supervision). Здесь мы также можем видеть стремление создать условия, в которых профессионал сможет развиваться не как автономный индивид, а как часть большей системы.

#### *Работа с элементом «социальный и культурный контекст»*

Балинтовская группа. В сравнительном исследовании этого элемента калейдоскопа хотелось бы остановиться не на «правильной» модели проведения группы, а привести пример того, как проходит та группа, которую я ранее посещал.

Одной из уникальных особенностей проведения балинтовской группы в исполнении Ю.В. Щукиной – это опора на культурный контекст. Вчера, проходя мимо группы, которую вела Ю.В. Щукина, я услышал обрывок её фразы: «Тогда это уже не Достоевский, это Обломов Гончарова...». Эта ее способность проводить культурные аналогии, вводить в поле более широкого культурного пространства позволяет участнику группы выходить из замкнутого мира своего профессионализма на свет, освященный солнцами литературы, поэзии, живописи, музыки. И исследовать свою консультацию в лучах этого света. Такой подход сразу задает масштаб, значительность события консультации. Это позволяет подняться от технического, обыденного, иногда методического или же клинического и диагностического взгляда на «пациента» и увидеть его Личностью, способной стоять в полный рост перед своими трудностями. Помню одна из моих старших коллег как-то сказала, что «каждый ведет битву со своими драконами». И эта опора на культурный контекст позволяет увидеть эту битву во всей полноте и серьезности.

Но посещая балинтовские группы других ведущих, я не замечал у них такого внимания к культурному контексту. Возможно, эта особенность характерна для стиля ведения групп именно Ю.В. Щукиной.

Приведенный выше пример иллюстрирует, как культурный контекст становится фоном, рамкой, обрамляющей случай, помогая ему выйти из конкретно-ситуативного пространства во вневременное.

Интегративная модель супервизии. Смею предположить, что подобное место отводится культурному контексту и в интегративной модели супервизии. Мне вспоминается один из последних очных семинаров, когда к нам приехал Луи Ван Кессель. Он привез с собой ноты к русской народной песне «Вьюн над рекой». Показал их мне и спросил, знаю ли я эту песню. А я, удивительно, как раз недавно разучил эту песню. Потому что собирался ее спеть на свадьбе своего друга, чтобы поддержать его в верности выбора спутницы жизни.

И Луи Ван Кессель предложил мне спеть эту песню вместе перед группой студентов-супервизоров. Мы пару раз порепетировали ее, а затем исполнили перед аудиторией. Участники учебной группы были поражены и вдохновлены этим внезапным творческим вступлением в учебный процесс. Похоже, эта песня стала мостом, соединяющим нидерландского профессора с Россией, с русским менталитетом, с той личностью, которая становится затем профессиональной в ходе учебного процесса обучения супервизии. Это была опора на культурный контекст супервизанта, которая принесла свои плоды.

Здесь можно обратить внимание и на роль личности в супервизионном процессе. Как каждый из учителей-супервизоров позволяет увидеть в себе не только профессионала, но и человека.

#### *Сравнение группового формата интегративной модели супервизии и балинтовской супервизии*

Помимо сравнения ключевых фокусов внимания каждой из моделей, предложенного в первой части настоящей главы, также необходимо остановиться на особенностях каждого типа супервизорской группы.

##### *Количество участников*

Интегративная модель супервизии предлагает в качестве оптимального количества участников группы 3-5 человек (Van Kessel, 2018, Chapter 1,8). Для ведущего балинтовской группы такое количество было бы настолько серьезным вызовом, что многие ведущие предложили бы перенести встречу. Балинтовская группа успешно работает при количестве участников от 6 до 12. Похоже, что специфика и интенсивность протекающих в интегративном подходе групповых процессов принципиально отличается. Возможно, это станет понятней при разборе конкретного случая.

##### *Продолжительность встречи*

Рассмотрение одного случая в балинтовской группе будет значительно отличаться в зависимости от той традиции, которой придерживается ведущий группы. Английская модель отводит на рассмотрение одного случая 45 минут. Немецкая модель уделяет одному случаю 1,5 часа. За одну встречу может быть рассмотрено 1-2 случая.

Луи Ван Кессель предлагает отводить для групповой супервизии с тремя-четырьмя участниками 2,5 часа (Van Kessel, 2018, Chapter 1). При этом не указывается, сколько времени отводится на обсуждение одного случая. Из практики обучения можно сделать вывод, что работа над одним случаем занимает от 40 до 120 минут. Видимо за 2,5 часа могут быть рассмотрены два случая.

### *Групповая динамика*

Позиция ведущего балинтовской группы по отношению к групповой динамике однозначна и на первый взгляд проста: балинтовская группа не работает с групповой динамикой. Считается, что благодаря этому принципу балинтовские группы могут существовать сколь угодно долго. Впрочем, ведущий может совершать два основных действия, направленных на то, чтобы остановить развертывание групповой динамики: прямо останавливать участников, напоминая им о правилах группы; анализировать проявления групповой динамики с точки зрения того, какое это может иметь отношение к случаю (Lewin, 2000).

С точки зрения Луи Ван Кесселя групповая динамика осложняет супервизионный процесс, но может быть полезной. Главное – это уметь ее использовать. Групповой супервизор в данном случае рассматривает такие феномены групповой динамики как образование подгрупп, сплочение, конфликты, принятие групповых решений и иные, – как возможность для развития профессиональной личности в пространстве супервизорской группы.

### *Правила*

Знаменитый призыв Майкла Балинта гласит: «Думай свежо, думай свободно!» («Think fresh, think freely») (Balint, 2018). Однако и процесс обучения на ведущего балинтовской группы, и процесс обучения участников группы присутствию в ней начинается с групповых правил. Перечень основных правил был предложен в главе 1 настоящей работы. В случае отхода от правил во время группы обычно следует напоминание ведущего о том, что такое-то правило важно и необходимо соблюдать. При этом может поясняться, что делается это для создания безопасности в группе. Роль правил также может меняться в зависимости от опыта участников группы. В начинающей группе ведущий вынужден регулярно напоминать о правилах, пока они не будут усвоены, интериоризированы участниками. И тем не менее, даже после того, как правила усвоены, рекомендуется все же напоминать их в начале каждой группы (Vinokur, 2015).

Интегративная модель. В восьмой главе учебных материалов описаны следующие требования к супервизантам в групповой супервизии: участник группы должен понимать, что он делит внимание супервизора с другими членами группы в равной пропорции; участник должен вносить положительный вклад в работоспособность группы; участник должен способствовать учебной деятельности ко-супервизантов; необходимо сосредоточиться на учебном поведении и развитии.

Как видим, каждая из групп накладывает свои обязательства на своих участников. Однако, необходимо выделить существенное отличие интегративной модели: в ходе обучения у Луи Ван Кесселя он не раз говорил и иллюстрировал на конкретных примерах, что важно не рассказывать и разъяснять правила, а демонстрировать их воплощение, становясь моделью реализации этих правил. Этот принцип может быть сформулирован так: «Показывай, а не рассказывай!» (Show me, don't tell me).

Из восьмой главы учебных материалов, посвященной групповой супервизии, можно выделить четыре способа, способствующий формированию «принципов и навыков супервизионного поведения».

Мета-супервизия, когда супервизор становится моделью и разъясняет свои интервенции членам группы. Вопросы протагонисту, как он воспринимает конкретную интервенцию антагонистов. Приглашение супервизантов к исследованию альтернатив. Более директивная корректировка интервенций супервизантов.

### *Административная функция супервизии*

В балинтовской группе презумируется отказ от оценивания ведущего группы участников своей группы. На наш взгляд, этот принцип роднит балинтовскую группу с интегративной моделью супервизии. Полагаем, что интегративная модель супервизии может быть отнесена к рефлексивным моделям супервизии, которые оставляют за бортом административную функцию, удерживая в фокусе внимания учебно-развивающий подход (за исключением дидактической супервизии для студентов).

### *Ведущий группы*

Специфика позиции ведущего балинтовской группы лучше всего может быть отражена в графическом виде с помощью треугольника, вершины которого будут соответствовать следующим ролям: психотерапевт; психоаналитик; супервизор. В центре этого треугольника будет находиться роль ведущего балинтовской группы. Он опирается на функции каждой из озвученных ролей, соотносится с ними, но не является и не исчерпывается ни одной из них (Safronov, 2018).

Но есть и формальные особенности ведущего балинтовской группы. Скажем, Ю.В. Щукина описывает супервизора как квалифицированного специалиста (психолога, психотерапевта), проводящего супервизию путем профессионального консультирования коллеги, обратившегося за супервизией (Щукина, 2011). В свою очередь ведущий балинтовской группы может не обладать психологическим образованием. Так, большая часть ведущих балинтовских групп в Германии – это врачи общей практики, которые обучены вести группы.

С точки зрения интегративной модели супервизии супервизор не является членом группы. Его основной задачей является супервизирование каждого члена группы. К вторичным же – сопровождение группы в ходе выработки способа действия, соответствующего индивидуальному обучению, а также направление отдельных членов группы ко внесению адекватного вклада в деятельность группы. Групповой супервизор оказывает влияние как на группу в целом, так и на каждого участника в отдельности. Для реализации этих задач групповой супервизор может побуждать участников учиться В группе, У группы и С ПОМОЩЬЮ группы; работать над развитием группы; организовывать работу в группе таким образом, чтобы она выполнялась группой, а не супервизором.

Эти и другие непростые вызовы группового супервизора требуют отдельного обучения групповой супервизии и получения собственного опыта участия в супервизорской группе (Van Kessel, 2018, Chapter 8).

### *Позиция ведущего группы / группового супервизора*

Роль ведущего балинтовской группы во многом обусловлена психодинамическим прошлым и настоящим балинтовских групп. Принципы психодинамического подхода по умолчанию отводят ведущему довольно отстраненную, минималистичную роль фасилитатора и модератора.

Возможные роли группового супервизора прекрасно описаны в «моделях лидерства» в (Van Kessel, 2018, Chapter 8). Супервизор волен сам выбирать, какая из четырех ролей подходит группе в каждый конкретный момент времени. Нет сомнений, что эта возможность дает большей свободы в действиях супервизора.

Вместе с тем полагаю, что опытный ведущий балинтовской группы также может схожим образом прибегать к моделям лидерства, за исключением разве что диадической модели.

### *Интервенции*

Интегративная модель супервизии предполагает следующие 4 типа интервенций:

- на системном уровне «группа»;
- интервенции на уровне межличностной подсистемы;
- интервенции на уровне подсистемы «отдельный член группы»;
- интервенции на уровне интерсистемы группа – супервизор.

Каждая из этих типов интервенций может быть исполнена в прямом, непрямом или кооперированном виде. Интервенции могут быть направлены на профессиональное измерение или на учебное измерение (Van Kessel, 2018, Chapter 8). Также интервенции могут быть сфокусированы на том или ином элементе калейдоскопа, как обсуждалось в части первой настоящей главы.

Интервенции в балинтовской группе удобно рассмотреть, опираясь на предложенную выше типологию. Полагаем, что в балинтовской группе используются интервенции на уровне «группа» и на уровне «отдельный член группы», то есть интегративная модель здесь предлагает более широкий спектр возможностей. Вид интервенции - прямой, непрямой или кооперированный - может зависеть от индивидуального стиля ведущего группы. Как правило интервенции в балинтовской группе направлены на профессиональное измерение, внимание к личному измерению возникает во время обратной связи референта по итогам обсуждения случая.

#### *Темы для обсуждения в группе*

В балинтовской группе в качестве фокуса внимания может быть выбрана тема отношений между референтом и его клиентом/пациентом. В интегративной модели супервизии возможные темы для профессиональной проработки значительно шире: работа с клиентской системой; деятельность в коллегиальной системе; деятельность в организации; деятельность в социальном контексте.

#### *Структура*

Структура балинтовской супервизии, которой я обучен, изложена в главе 1 данной работы. К ее особенностям можно отнести довольно четкий алгоритм действий: правила - выбор случая - презентация случая - вопросы референту - круг чувств - круг ассоциаций - круг гипотез/интерпретаций - обратная связь референта.

Если взглянуть на ту структуру, которая предлагается в завершении второй части восьмой главы (Van Kessel, 2018, Chapter 8), то можно увидеть много общего. Но есть ли принципиальное отличие между этими двумя схемами? Полагаем, что есть. И вот в чём оно.

Несмотря на то, что балинтовский подход получил существенное развитие с середины 20 века, ключевая идея остаётся прежней. Это работа с контрпереносными реакциями участников группы и фокус на слепых пятнах, или, иными словами, поиск сокрытого. В этом описании можно усмотреть продолжение идей психодинамического подхода (Safronov, 2018).. Получается, что суть балинтовской группы можно свести к принципу 3. Фрейда: «Там, где было Оно, должно стать Я». И весь ход балинтовской группы подчинён реализации этого принципа.

Реализация интегративной модели супервизии тоже предполагает структуру. Но иного порядка. Во-первых, можно заметить реализацию опоры на учебное и профессиональное измерения, заложенную в структуре группы. Так, она проявляется на третьем этапе, когда участники обсуждают влияние предыдущих сессий на каждого участника. Видна она и на этапе 5.2.а, 5.2.б, когда протагонист и участники группы формулируют свои инсайты, озвучивают вопросы, развивающие профессиональную

компетентность. То же касается и этапа завершающего этапа 7, когда участники озвучивают свою оценку этой сессии.

Таким образом, каждая конкретная супервизорская сессия в интегративной модели вплетена в более широкий обучающий и развивающий контекст. В балинтовских же группах связь с прошлым и будущим минимальна.

Это же касается и плана действий: в структуре интегративной модели мы видим, что каждый раз протагонист и антагонисты формулируют для себя: «Как это можно применить в следующих обсуждениях случая? Как я могу изменить свою практику? Как изменится мое профессиональное поведение?» Этим вопросам нет места в структуре балинтовской группы (разве что по своему желанию референт в обратной связи может озвучить какие-либо из этих тем).

Структурные отличия вызваны также и более узким фокусом внимания в балинтовской группе. Если я смотрю на мир через микроскоп, это принципиальным образом влияет на то, что я могу увидеть. Если я смотрю только на клиент-терапевтические отношения, то и вижу я именно и только их. Отсюда значительные отличия в структуре практически каждого этапа: везде интегративная модель видит больше, позволяет себе больше, действует шире.

Обучение на ведущего группы и супервизия супервизии

Сопоставление обучения на ведущего балинтовской группы или группового супервизора, равно как супервизия супервизии – это отдельные большие темы, уделить внимание которым в данной работе нет возможности в силу ограниченного объема текста (см. Ögren et al., 2008; Van Kessel, 2019).

#### **4. Балинтовская модель супервизии и интегративная модель супервизии на примерах случаев из практики**

В этой главе приведу лишь два примера, иллюстрирующих сравнение балинтовской супервизии и интегративной модели супервизии. Первый яркий пример можно было увидеть на одном из очных семинаров под руководством Луи ван Кесселя.

*Случай № 1: два подхода к одной ситуации*

Описание случая. Две участницы международной программы, обучающей супервизоров, вынесли свой случай на супервизию супервизии.

О. и Е. в со-ведении провели группу в балинтовском формате для психологов детского дома. Эту группу они проводили уже в течение года. На ту встречу, о которой шла речь, внезапно пришли два новых участника (всего было 7 человек). О.: «Было видно, что новым участникам небезопасно. Одна из новых сотрудниц психоаналитик и знакома с работой балинтовских групп. Она быстро влилась и расслабилась. А второй новый сотрудник – единственный мужчина. Он только что закончил обучение гештальт-терапии. И ему не удалось понять, что происходит (далее – участник Б.). Мы рассказали о балинтовских группах, что это такое, еще раз. Мне казалось, что четко обозначили правила работы. Однако у нас возникли большие сложности в работе именно с ним. Базовый принцип работы балинтовской группы – отсутствие прямых оценок. Они исключены».

После того как референт озвучила случай, участник Б «в агрессивной форме» стал говорить, что он злится на референта, и полагает, что та вошла в слияние со своей клиенткой. Попытки ведущих останавливать его и напоминать правила не были успешны. Из раза в раз участник Б отвечал, что он лишь делится своими чувствами.

Е.: «Там было много интерпретаций».

О.: «Причем негативной. «Ты разрушающаяся мать». Ему казалось, что это теоретически верно: разрушающаяся мать – классный образ. Но я видела референта, ко-

тому говорят, что она разрушающаяся мать. И это было невозможно переживать. Притом, что этот новый сотрудник, психолог, очень старался участвовать, был очень активным. Он действительно хотел говорить про свои чувства».

В итоге раньше, чем было запланировано, в круг вернулась референт, и стала кричать, что она услышала много осуждения и советов, а не поддержки, в которой нуждалась. После этого обсуждение еще продолжалось какое-то время, а затем завершилось словами ведущего о важности правил, формирующих безопасность обсуждения.

На очном обучающем семинаре была смоделирована эта балинтовская группа. После разыгрывания всех этапов группы ее участники поделились своими чувствами из ролей.

Референт: «Я получила поддержку своих чувств, но ощущения бессилия остались».

Участник Б: «Это было ужасно! Мне было очень тяжело играть эту роль. Я как будто бы разделился на две части. Одна часть на самом деле сочувствует референту, и я это чувствую. А роль доминирует по контексту, что мне нужно быть беспредельщиком, нарушающим границы, доказывать свою правоту».

Затем прозвучал комментарий Луи Ван Кесселя:

«Этот процесс показывает, как групповая динамика влияет на процесс и на группу. Также мы видим, что балинтовский подход – это строго ведуще-центрированный подход. И строгая ориентация на следование правилам и предписанному порядку, последовательности. Мы также видим, что частью процесса является приглашение участников испытать идентификацию. И гипотеза состоит в том, что идентификация, проекция, переносы, контрпереносы дают информацию референту, благодаря которой он получает полезные инсайты».

Что же произошло?

В балинтовской группе запрещены критические и оценивающие высказывания. Поэтому ведущие пытались реализовать это правило, останавливая участника Б от высказываний в оценивающем ключе. Возможно, вводимые по отношению к участнику Б ограничения вызвали у него сопротивление, желание защитить себя, утверждаясь в роли «плохого парня».

Как возникшая проблема могла быть решена в рамках балинтовской группы?

Можно было удалить участника, который нарушает правила. Эта радикальная мера позволила бы сохранить примат правил и, хочется верить, безопасность группы. Однако такая интервенция не прошла бы незамеченной для самой группы. Я был свидетелем нескольких уходов из группы участников по причине нарушения правил, вследствие чего в итоге существующая группа оказывалась на грани распада или распадалась.

Можно было напомнить о правилах и продолжать работу, что и было сделано, но это серьезно повлияло на ощущение небезопасности процесса для референта.

Можно было задать ключевой для балинтовской группы, работающей с контрпереносом, вопрос: «Какое отношение эта ситуация может иметь к случаю?» То есть отнестись к этому высказыванию не как идущему от личности к личности, а возникшему благодаря феномену идентификации, заражения участниками группы теми чувствами, которыми были охвачены участники кейса. Но похоже, что ведущие обращали внимание участников на эту параллель, в частности такие слова можно найти в завершающих репликах ведущей О. И, кажется, этот способ также не принес желаемого результата.

Таким образом, здесь мы встречаемся с ограничениями балинтовского подхода или же ограниченным пониманием этого подхода на моем уровне его освоения.

Затем Луи Ван Кессель предложил в учебных целях провести эту же группу, но в формате интегративной групповой супервизии.

Для этого было предложено уменьшить состав супервизорской группы до 4 человек и одного супервизора. На каждую из ролей вышли замещающие их участники. Супервизором осталась О., действующая далее под руководством Луи Ван Кесселя.

Затем группа двинулась по этапам, предполагаемым в интегративной модели супервизии (Van Kessel 2018, chapter 8)

Первый этап. Переход из внешнего мира в мир группы.

Второй этап. Определение сеттинга, задающее рабочие условия. Актуализация вопросов, тем и проблем, с которыми участники хотели бы работать сегодня.

Третий этап. В том случае, если бы это была не первая группа, то ведущий бы предложил провести рефлексию результатов прошлой встречи.

Четвертый этап. Протагонист представил свой случай.

Пятый этап. За презентацией случая последовали вопросы супервизора, в которых он прояснял чувства протагониста по отношению к ее клиентке, каким образом осуществлялась работа. Затем были заданы следующие вопросы: «Как вы узнали, что она употребляет наркотики?» «Можете ли сказать, в каком контексте вы работаете?» Затем прозвучала фраза супервизора: «Какой самый острый момент в сессии, который вы хотели бы проработать?» - выбор конкретной трудности. После чего к обсуждению были приглашены участники группы вопросом: «Что вы сейчас видите, слышите?».

Как и в первом моделировании в этот момент прозвучали слова участника Б: «Я злюсь на протагониста! Она просто в слиянии с клиенткой!»

На этот раз супервизор не стал останавливать участника, а предложил ему адресовать это высказывание напрямую к протагонисту: «Я злюсь на тебя, ты в слиянии!» За этим последовало дальнейшее обсуждение случая участниками, которое ведущий резюмировал фразой: «Что происходит в этом процессе?» И далее дал общее описание динамики процесса, заключив, что в групповой динамике важно дать возможность протагонисту ответить на адресованные ему слова.

Супервизор: «Как вам то, что ваш рассказ вызывает злость участника Б?»

Протагонист: «Мне было стыдно. Я чувствовала себя плохим специалистом».

Супервизор: «Могли бы вы сказать об этом участнику Б?»

Протагонист: «Наверное, ты прав, тебе видней. Меня обожгло стыдом...»

Дальнейший диалог привел к тому, что участник Б извинился перед протагонистом, пояснив, что хотел позаботиться о нем таким образом.

Теперь супервизор спросил уже у участника Б, как ему было получить такую реакцию от протагониста.

Участник Б: «Я подумал, что переборщил. Но иногда надо сделать человеку больно, чтобы ему потом стало легче».

Далее обсуждение ушло в исследование параллельного процесса между последними словами участника Б и особенностями случая.

Когда один из участников сказал, что ему небезопасно от интерпретации другого участника, супервизор уточнил: «Что мы можем сделать, чтобы вам стало безопасней?»

В какой-то момент супервизор направил ход обсуждения от содержания случая обратно к протагонисту: «Мы можем продолжить со случаем, но важно также сфоку-

сироваться на роли психотерапевта (протагониста). Это самое важное в супервизии. Как вы ведете сессию с этим клиентом».

Спустя некоторое время участники стали давать советы протагонисту. Тогда супервизор уточнил у последнего: «Как вы воспринимаете все эти предложения? Как это для вас?»

Последовал ответ протагониста: «Мне это кажется привлекательным, рождает надежду. Неожиданный поворот. А любые неожиданности продвигают. Теория черных лебедей. Участник Б мой черный лебедь».

Далее супервизор стал исследовать контекст работы с клиенткой и ее отцом: «Есть ли у вас опыт совместной работы с отцом и дочерью?» Откуда обсуждение направилось к исследованию возможных дальнейших терапевтических интервенций (элемент «действия» калейдоскопа).

На этом моделирование группы перешло к завершающему седьмому этапу (шестой этап предполагает проработку случая другого члена группы и был здесь пропущен).

Супервизор: «Какой опыт вы получили в этом обсуждении?»

Протагонист: «Неожиданно для меня изменилось восприятие случая, понимание этой семьи. Раньше была девочка и я. Я бежала за ней, она убегала. А теперь есть семья: отец и его дочь. И я рада, что это новый взгляд на клиента. И что решение лежит в плане организации, а не в проживании моих чувств. Хотя мои чувства изменились. Я перестала чувствовать враждебность к нему».

Супервизор: «И как это повлияет на вашу дальнейшую работу?..»

Протагонист: «Я буду приглашать отца и выражать поддержку не только девочке. А пытаться поддерживать всю семью».

Затем супервизор спросил, чему остальные участники научились в этом процессе. А также поняли ли они, как вести себя в подобных или иных профессиональных ситуациях.

На этом моделирование группы завершилось.

Обратная связь протагониста: «Чувствовала глубокий процесс внутри меня, возможность его высказывать во время группового обсуждения. И это было продуктивно. Потому что участники реагировали, было взаимодействие. То, что происходило между участниками, участвовало в моем инсайте. Почувствовала пространство для свободной мысли. И для принятия решения. Когда мысль трансформируется в идею о действии».

Обратная связь участника Б: «Мне было непросто играть эту роль. Вроде бы нет правил. Но мы приходим к ним. И порой демонстрация чувств и даже критика может обернуться чем-то полезным. Если меня ставят на место, ограничивая правилами, мне все больше хочется их нарушать. А когда дают обратную связь, возникает желание что-то поменять в себе».

Что же изменилось? Благодаря чему удалось разрешить возникшую трудность?

Уже на начальных этапах групповой супервизии мы видим включение более широкого контекста: возможность рефлексии опыта прошлых сессий.

На этапе проработки случая мы видим, что супервизор фокусируется не только на трудностях протагониста или его запросе, но исследует также и его чувства и профессиональные действия. В этих вопросах мы можем видеть, как реализуется опора на калейдоскопическую модель в групповой версии интегративной модели супервизии. Затем супервизор исследует организационный и социальный контекст, задавая вопросы о наркотиках и собственно контексте работы. Вопрос, что видят и

слышат участники группы, роднит этот этап с аналогичным в балинтовской работе, где в здесь-и-сейчас исследуются чувства участников. Однако далее следует важное различие.

Интегративная модель групповой супервизии обнаружила принципиально иное отношение к групповой динамике. В балинтовской группе групповая динамика «га-сится», ведущий не дает ей ход. В интегративной же модели работа с групповой динамикой считается возможной и, как мы увидим далее, приносит свои плоды. Вместо остановки процесса супервизор трансформировал коммуникацию участника Б с протагонистом из не прямой «она в слиянии» к прямой – «ты в слиянии», а затем дал возможность выстроить диалог между этими участниками. После чего в обсуждение были включены остальные члены группы. Так протагонист оказался не сторонним наблюдателем внутригруппового обсуждения, где о нем говорят в третьем лице, а его полноправным участником, смог сразу же выразить свои чувства и вернуть себе ощущение безопасности происходящего.

Подобного рода трудность, возникшая в дальнейшей работе группы, а именно советы участников в адрес референта, была решена схожим образом. Супервизор не стал останавливать этих участников и напоминать им, что совет – это скрытое обесценивание, и правила предполагают отказ от советов. Вместо этого он дал возможность протагонисту самому сказать, готов ли он слышать эти советы и принимать их. Оказалось, что готов, он получает через них поддержку.

В ситуации, когда одному из участников стало небезопасно в группе, супервизор тоже не стал останавливать другого участника, озвучившего интерпретацию. Вместо этого он спросил, что бы могло сделать эту ситуацию более безопасной, предлагая группе самой работать над безопасностью, передавая им часть ответственности за происходящее.

Завершающий седьмой этап также отсутствует в балинтовской группе: здесь у участников была возможность сформулировать, чему они научились. В этом мы можем видеть важность учебного измерения в супервизии, и в групповой супервизии в том числе.

Обратная связь протагониста и участника Б говорит сама за себя. Внесенные супервизором изменения привели к разрешению трудности, группа как целое смогла эффективно исследовать случай и продвинуться в развитии своего профессионального функционирования.

Так может быть сформулирован самый краткий анализ этого чрезвычайно интересного демонстрационного случая.

#### *Случай № 2: работа с группой в скоропомощной больнице*

В течение 9 месяцев я проводил группу для психологов, работающих в скоропомощной больнице. Как правило это была небольшая группа с 4-5 участниками. Особенность этой группы в том, что все ее участники работают в этой недавно появившейся психологической службе, то есть около года. И почти все они недавние студенты, это их первая работа. Иными словами, я работал с молодыми специалистами.

Все предыдущие группы для них я проводил в балинтовском формате. И почти всегда было непросто, причем как им в роли участников группы, так и мне в роли ведущего. Обилие правил, создающих рамки балинтовского формата, усиливало тревогу начинающих психологов. Члены группы регулярно обращались ко мне с вопросами: «То ли я говорю? А сейчас можно говорить? А об этом могу я сейчас сказать? Если что, вы меня остановите или поправьте». И хотя почти каждый раз я отвечал: «Можно, все в порядке, продолжайте, не страшно, если что, я вас остановлю», - всё

равно напряжение оставалось. Да и мне самому была не по душе внезапно доставшаяся роль ментора. Однако выйти из нее не удавалось.

А тем декабрьским вечером я решил опробовать с этой группой интегративную модель супервизии, которой как раз обучался. Меня мотивировало подходящее количество участников: 4 человека, а также ощущение, что после учебы я разогрет в этом подходе.

Группа состоялась. В ходе обратной связи отклик участников был такой: за почти год проведенных у них в моем исполнении групп эта была «лучшей», «самой подходящей», как было сказано. Участники делились переживанием свободы и легкости в обсуждении. Да я и сам всё это почувствовал.

Одна из участниц, не представлявшая случай, жаловалась в ходе группы на головную боль после тяжелой работы в неврологическом отделении. Во время обсуждения случая коллеги, с ее слов, она смогла выразить подавленную злость и освободиться от этой боли. «Теперь, после группы, я буду танцевать, повторяя то движение руками, которое принесло мне такое облегчение». Такого терапевтического эффекта я точно не ожидал.

Вот какие изменения я ввел по сравнению с предыдущими группами.

1. Я перестал фокусировать референта / протагониста на трудностях в отношениях, позволив ему сформулировать случай и запрос к нему так, как он это сейчас хочет.
2. Я перестал фокусировать группу именно на отношениях, позволяя им самим определять фокус своего профессионального внимания.
3. Я не стал выдвигать референта / протагониста за круг.
4. Я оставил за референтом / протагонистом возможность отвечать на высказывания участников.
5. Я разрешил участникам обращаться напрямую к референту / протагонисту, а также помогал им трансформировать общение от «он/она» к «ты».
6. Я убрал этапность обсуждения: чувства – образы – гипотезы, предоставив участникам группы самостоятельно определять направление движения обсуждения.

В душе я был в ужасе от происходящего. Мой внутренний ведущий балинтовской группы находился в обморочном состоянии: одно нарушение правил за другим, полный хаос и беспредел, «праздник непослушания».

Однако, похоже, что благодаря возникшим изменениям в группе возникла более свободная, непринужденная, не регламентированная правилами атмосфера. Гораздо больше в диалог был включен и рассказчик, а при немногочисленных участниках это добавляло динамичности работе группы.

В итоге проведенный «эксперимент» показал свою успешность. Группа оказалась способной к значительно большей степени саморегуляции, чем та, которую я им вводил до этих пор.

С другой стороны, возможно, и сами участники уже были подготовлены к такому переходу предыдущими балинтовскими группами и могли опираться на усвоенные принципы групповой работы. Можно предположить также, что Великие Мастера балинтовской работы сказали бы мне в ответ на этот рассказ: «Это и есть подлинная балинтовская группа! Думай свежо, думай свободно!» Тогда эта история выглядит красиво в своей едва ли не евангельской парадоксальности: только теряя балинтовскую группу, ты обретаешь её.

Обсуждая этот случай с Луи Ван Кесселем на одном из вебинаров, мне запомнились его слова: «В последнем случае у участников группы была возможность обучаться в свободе, а в балинтовской группе они обучались в структуре. Они думали «следую ли я правилам?», а не «что происходит со мной сейчас?»».

Как бы то ни было, описанный опыт вывел мое понимание групповой супервизорской работы на новый уровень, поставив, в свою очередь, передо мной новые вопросы.

### **Заключение**

**Профессиональный путь.** Благодаря написанию этой работы я получил возможность осмыслить свой профессиональный путь в качестве супервизора. Несколько лет назад студенты факультета психологического консультирования МГППУ брали у меня как у психолога интервью на тему «Ваш профессиональный путь». Это интервью оказалось чрезвычайно интересным и полезным для меня самого. Оно помогло мне взглянуть со стороны на тот профессиональный путь, который уже пройден, лучше понять нынешнее место на этом пути, и в итоге более ясно увидеть открывающиеся горизонты. Подобный эффект для меня как для супервизора, но в более глубоком виде, был достигнут благодаря написанию настоящей дипломной работы.

**Систематизация имеющихся знаний.** В целом можно сказать, что в ходе написания диплома я систематизировал свои знания в двух основных областях: балинтовская групповая работа и групповая супервизия.

**Новые знания.** Несмотря на то, что в качестве супервизора я практикую уже несколько лет, до подготовки этой работы я не читал так много профильной супервизорской литературы, в том числе англоязычной. Само по себе прочтение этой литературы серьезно укрепило мои позиции супервизора, причем и в индивидуальной супервизии. Раньше я во многом опирался на свои знания и опыт терапевта. Теперь же прибегаю к новым почерпнутым знаниям уже из области супервизии. Надеюсь, тенденция читать хорошую профессиональную литературу сохранится и в дальнейшем.

**Новые темы для профессионального диалога с коллегами.** Благодаря учебе на супервизора и прочитанной литературе на прошлой неделе я выступил с докладом на группе ведущих балинтовских групп с темой «Эволюционные модели супервизии, модели лидерства и балинтовская группа. Может ли ведущий балинтовской группы адаптироваться под уровень подготовки участников?».

**Новое место балинтовской группы и новые фокусы профессионального внимания.** Балинтовская группа остается для меня надежным инструментом по исследованию трудностей супервизантов, возникающих в их профессиональных отношениях. В ходе дискуссии после моего доклада о моделях лидерства, где прозвучало мое замечание об узости фокуса исследования в балинтовской группе, один из участников, Г. Сафронов, изящно парировал: «Что может быть шире человеческих отношений?»

Тем не менее в качестве вывода к этой работе можно заметить, что как человеческие отношения, так и всё то, что их обрамляет и наполняет – клиентская система, коллегиальная система, деятельность специалиста, организационный, социальный и культурный контексты, - может быть в фокусе групповой супервизии.

**Большее доверие группе и процессу.** В своем ведении групп я во многом опирался на правила и модерирование процесса со стороны руководителя группы. Интегративная модель супервизии открыла для меня возможности к созданию безопасности благодаря предоставлению участникам возможности становиться саморегулируемой системой. Тогда эти правила не удерживаются железной рукой ведущего извне, а рождаются и поддерживаются изнутри.

**Место интегративной модели групповой супервизии.** Похоже, что интегративная модель групповой супервизии – это гибкий в применении, практически универсальный метод оказания профессиональной поддержки и помощи в развитии помогающих специалистов самого широкого спектра применения. В силу своего устройства особенно хорошо интегративная модель групповой супервизии подходит для небольших групп. Также из приведенного случая № 2 следует, что интегративная модель супервизии отлично подходит для групп, в которых участвуют начинающие специалисты. Эта идея нашла подтверждение и в опыте проведения супервизорской группы по основам мастерства для начинающих специалистов, которую проводят мои коллеги О. Плющева и О. Зайчикова с опорой на калейдоскопическую модель.

**Взболтать, но не смешивать.** Для участников группы важно, чтобы они четко понимали формат, в котором осуществляется ведение группы. Несколько раз у меня возникали трудности в ситуациях, когда я проводил первую часть группы в балинтовской модели супервизии, а вторую, или, еще хуже, какую-то часть второй группы - в интегративной модели. То есть пытался смешивать два способа ведения. В итоге я видел, что группа смущается, теряется, перестает понимать, что можно, а что нельзя, каковы же правила игры, по которым мы здесь “играем” супервизию. Возможно, это связано с неопределенностью, непрозрачностью сетинга. Группа изначально была обозначена как “балинтовская групповая супервизия”, а затем ведущий этой группы увлекается другим подходом и пытается их объединить. Что еще ждать от этого ведущего? Это повышает тревогу участников.

Есть и другие аспекты такого вызова: изменение формата проведения группы затрагивает не только формальные стороны проведения группы, но и влияет на позиции ведущего и участников. А необходимо заметить, что процесс формирования позиции как ведущего балинтовской группы, так и участников балинтовской группы занимает продолжительное время. Это можно сравнить с постановкой рук в игре на фортепьяно или на гитаре. Или даже скорее так: могу предположить, что исполнение музыканта классической музыки и исполнение джазового музыканта на одном и том же инструменте будет значительно отличаться. И этот переход из одного режима в другой потребует перестройки, а значит и времени на такую перестройку.

В этой связи похоже, что моя первоначальная идея о возможности сочетания балинтовской модели супервизии и интегративной модели супервизии ошибочна. Необходимо, чтобы супервизорские группы и балинтовские группы были разными группами. Их не следует смешивать.

**Новые горизонты.** Возможным вариантом видится изменение формата уже существующей группы. При этом следует внятно и структурированно обозначить членам группы возможность перейти, по сути, в новую группу, где будут действовать другие законы, другая «гравитация». Либо, что кажется наиболее безопасным способом, следует создать новую группу. И эту группу анонсировать уже под вывеской “Супервизорская группа” или же “Супервизорская группа в интегративной модели супервизии”.

**Переход группы к новому формату.** Полагаю, что практическим результатом написания этого диплома будет перевод одной из моих ныне существующих балинтовских групп в режим формата интегративной модели супервизии. Речь идет о группе для психологической службы скоропомощной больницы. Мне представляется, что эта группа по своему составу, количеству и по характеристикам участников изначально больше предрасположена к интегративной модели супервизии. Считаю, что такой переход, будучи проведенным четко, внятно, с обсуждением открывшихся благодаря этому возможностям, пойдет на пользу всем участникам этого мероприятия.

**Разная идентичность.** К выводам можно отнести также и мысль о том, что каждый из обсуждаемых подходов предлагает свою специфическую деятельность. Интегративный подход к групповой супервизии реализует рефлексию профессионального функционирования специалиста. Тогда как балинтовский подход сосредоточен на поиске сокрытого в клиент-терапевтических отношениях. Каждая из этих деятельностей формируют свою супервизорскую идентичность со своей внутренней оптикой. Осознание этого фундаментального различия позволяет удерживаться от характерных порой для моего профессионального стиля смешения, сочетания, эклектике в конечном итоге.

**Новая идентичность.** По итогам двухгодичного обучения, завершившегося написанием диплома, у меня начала формироваться новая идентичность. Думаю процесс этот еще далек от своего завершения, однако уже сейчас я могу называть себя групповым супервизором. Я бы предложил самому себе научиться искусно проводить БГ и принимать вызовы такой работы. Но еще больше хотел бы пожелать себе научиться так же спокойно и уверенно вести интегративные супервизорские группы, черпая из этой работы вдохновение.

Отдельную благодарность хочу выразить моей жене Яне Михайловой и коллеге и другу Федору Шанькову за плодотворное обсуждение данной работы.

## Литература

1. Avagimyan, A. A. (2019). Group Therapy, Group Supervision, Balint Group: Similarities and Differences. *The 21st International Balint Congress*, 111–123.
2. Balint, M. (2018). *Врач, его пациент и болезнь (The doctor, his patient and the illness)* (2nd ed., p. 486). Psyllabus.
3. Flatten, G., & Tschuschke, V. (2017). How beneficial are Balint groups? In A. A. Avagimyan & A. S. Berberyan (Eds.), *The 3rd International Conference Psychosomatic Medicine and Balint Groups* (pp. 136–147). I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.
4. Holloway, E. L., & Johnston, R. (1985). Group supervision: Widely practiced but poorly understood. *Counselor Education and Supervision*, 24(4), 332–340.
5. Jacobs, D., David, P., & Meyer, D. J. (1995). *The supervisory encounter: A guide for teachers of psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis*. Yale University Press.
6. Kariagina, N. V. (2009). *Супервизия в психоанализе (Supervision in the psychoanalysis)*. [http://www.alivehelp.ru/stati/superviziya\\_v\\_psihoanalize.html](http://www.alivehelp.ru/stati/superviziya_v_psihoanalize.html)
7. Lewin, K. (2000). *Разрешение социальных конфликтов (Resolving social conflicts)* (p. 408). Rech.
8. Ögren, M.-L., Boëthius, S. B., & Sundin, E. C. (2008). From psychotherapist to supervisor. *Nordic Psychology*, 60(1), 3–23.
9. Otten, H. (2016). *Профессиональные отношения. Теория и практика балинтовской групповой работы (The theory and practice of Balint group work: Analyzing professional relationships)* (p. 116). Russian-Armenian University.
10. Safronov, G. V. (2018). Соппротивления балинтовской групповой супервизионной работы (Psychiatry and psychoanalysis. Clinical Dialogues). In I. Pudikov & K. Lemeshko (Eds.), *Psychiatry and psychoanalysis. Clinical Dialogues* (pp. 143–164). Russian State University for the Humanities (RSUH).

11. Salinsky, J. (2004). How would you like your Balint? *Journal of the Balint Society*, 32, 45–49.
12. Shchukina, Y. V. (2011). Актуальные проблемы супервизорской практики (Problems of supervisory practice of current interest). In *Theory and practice. Moscow State University of Psychology and Education: Center for Emergency Psychological Aid*. Moscow State University of Psychology and Education.
13. Van Kessel, L. (2018). *Supervision. A personalised professional development approach for professionals and leadership in human service professions*. Unpublished manuscript.
14. Van Kessel, L. (2019). The dynamics of the relationship and the realization of the task in supervision of supervision. How do these relate to each other? A tool for orientation. *ANSE-Journal, European Journal for Supervision and Coaching*, 3, 12–19.
15. Van Kessel, L., & Haan, D. (1993). The Dutch concept of supervision: its essential characteristics as a conceptual framework. *The Clinical Supervisor*, 11(1), 5–27.
16. Vinokur, V. A. (2015). *Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы (Balint groups: history, technology, structure, limits and resources)* (p. 191). SpetsLit.
17. Wasilewski, B., & Engel, L. (Eds.). (2018). *Балинтовский групповой тренинг: теория и применение (Balint Group Training: Theory and Application)* (p. 308). Psyllabus.
18. Zalevski, G. V. (2008). Супервизия: практика в поисках теории (Supervision: practice in searching after theory). *Siberian Journal of Psychology*, 30, 7–13.

## Опыт организации супервизий на рабочем месте специалиста

### Введение

Мой интерес к супервизии возник во время работы на телефоне доверия одного из подмосковных городов в 2002 году. Будучи молодым специалистом (психологом) я несколько раз принимала участие в конференциях, на которых демонстрировались разные формы супервизии, возможные для применения на телефонной службе. Участвовала в супервизиях будучи консультантом телефонной линии, а, в последствии, имела возможность и сама предоставлять ее коллегам.

Интеграция профессиональных требований, личных аспектов и их проявление в профессиональных действиях и ситуациях является важной составляющей в работе практического психолога. Именно это и является собственно целью супервизии. А функцией, таким образом, является повышение качества обслуживания клиентов и компетентности специалистов в соответствии с профессиональными стандартами, предъявляемыми к конкретной деятельности [4]. Развитие компетентности специалиста, согласно модели Луиса ван Касселя, в процессе супервизии и с ее помощью может продвигаться по трем этапам – познания, выбора и действия. Этой траектории соответствует и собственное развитие супервизора [1].

Для различных объектов и участников супервизорского процесса задачами супервизии являются:

- Для отдельного специалиста – содействие его функционированию в повседневной практике;
- для студентов и молодых специалистов – уменьшение тревоги, напряжения и неизвестности в начинающейся практике,
- для опытных специалистов – пересмотр и восстановление креативности и вовлеченности в рабочий процесс, Для организаций – развитие и обеспечение качества предоставляемых ею услуг; Для профессиональных ассоциаций – лицензирование профессиональных услуг; Для клиентов и общества в целом – повышение их благополучия и качества жизни.

Отдельному специалисту супервизия может предложить [2]:

1. Учебное пространство для профессионального развития, где в диалогическом пространстве принятия, безопасности, соблюдения конфиденциальности, искренности, при поддержке и направляющем сопровождении супервизора, возможно взглянуть на свои действия и проявления в работе и трансформировать их, став более эффективными для своих клиентов.
2. Помощь в исследовании профессиональной деятельности посредством рефлексии сложных профессиональных ситуаций и помощь в развитии компетенций для их разрешения.
3. Помощь в обнаружении функциональных и дисфункциональных паттернов, убеждений и установок у специалиста, влияющих на его профессиональную деятельность.

4. Помощь в улучшении текущей работы и развития необходимых компетенций для будущей профессиональной деятельности.
5. Обучение рефлексивной компетентности, способствующей навыкам самообновления и самоуправления в своей деятельности.
6. Освоение рефлексивной способности, помогающей осмыслению своего функционирования в различных ролях, как в области конкретного профессионального взаимодействия, так и в более широком профессиональном контексте.

Несмотря на то, что кажется очевидной необходимость наличия супервизий для помогающих профессий, тем более, в сфере оказания психологических услуг, только в последние несколько лет в России о ней начали говорить как о нормативной составляющей. В среде здравоохранения эта практика приживается, на мой взгляд, наиболее тяжело и встречает непонимание своего назначения и важности. Это подтолкнуло мой интерес к попытке организации супервизорской службы на своем рабочем месте (на то время – в 2006 году – это был наркологический диспансер) и возможности изучения ее актуальности на практике.

Первые же вопросы, с которыми мне пришлось столкнуться, предлагая эту услугу на работе, звучали так:

- Что такое «супервизия»?
- Это средство самопомощи или контроль качества?
- Может быть это прихоть современных психологов, а не необходимая мера поддержки специалиста?
- Нужна ли ей законодательная административная поддержка или это личное дело специалистов?
- Может ли она принести экономическую выгоду учреждению?
- Какие она может вызвать сложности и как не подменить ее помогающую функцию ограничивающей?

На эти вопросы захотелось ответить на практике и первая такая попытка мне представилась благодаря организации на базе московского наркологического диспансера горячей линии по вопросам игровой зависимости. На линии были организованы групповые супервизии, а итоги их работы были собраны, подведены и представлены в статье [15], выдержки из которой представлены в главе 1.2. этой дипломной работы.

Работа этих супервизорских групп принесла свои результаты и уже на следующий год они приобрели более широкий формат и к ним стали присоединяться коллеги из других отделений диспансера, группы стали иметь регулярный характер. Некоторые итоги их работы были также опубликованы [12, 13] и представлены в главе 2.2. данной дипломной работы.

Обобщение и расширение этой деятельности представилось в 2011 году, когда администрация диспансера предложила организовать «Программный Совет», расширяющий деятельность, в том числе, проводимых групповых встреч с целью оптимизации деятельности диспансера и, в частности, дето-подросткового отделения «Приют» и осуществления программно-целевого подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса. В рамках этой работы было осуществлено три проекта. Один из которых имел целью развитие супервизорской службы. Были организованы тренинги, тематические семинары и супервизии для психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. В силу ряда обстоятельств работа не была завершена, но дала возможность ответить на некоторые из перечисленных

выше вопросов, ее итоги были опубликованы [14] и частично приводятся в главе 2.1. данной дипломной работы.

Кроме того, в продолжении накопленного опыта в настоящий момент мною проводится исследование о выявлении критериев жизнеспособности (устойчивости) специалистов помогающих профессий, в том числе, способствующих профилактике синдрома профессионального выгорания. В рамках этой дипломной работы я привожу в главе 1.3. некоторые результаты, которые говорят о весомой роли с этим вопросе супервизионных мероприятий на примере работы специалистов Горячей линии по оказанию помощи онкологическим больным и их близким [16, 17].

В связи с тем, что данная работа содержит компиляцию тех материалов, которые были использованы мною ранее в других работах по смежным тематикам, она может показаться несколько мозаичной и недостаточной для заявленной темы. Я прошу заранее снисхождения к данному факту, оправдываемому тем, что данная дипломная работа содержит только ряд итогов, полученных в результате проведенной работы, многие из них так и не были детально обработаны и ждут своего часа. Тем не менее, хочется надеяться, что основная цель проведенной работы, все же была достигнута и дала возможность сделать заключение о полезности проведения подобных мероприятий, необходимости их разработки и продвижения как обязательных для всех служб, в которых работают специалисты помогающих профессий.

## **1. Опыт организации супервизий в службах, оказывающих дистанционную психологическую помощь.**

### **1.1. Особенности организации супервизий на Горячих линиях.**

Спецификой работы Горячих линий является работа с кризисными состояниями, что в условиях непредсказуемости темы и состояния следующего звонящего, а также частого использования телефонной линии манипулирующими абонентами (развлекающимися, зависающими и пр.), является прямым риском для формирования синдрома эмоционального выгорания [18, 19].

Синдром эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий достаточно популярная и хорошо изученная тема. Под выгоранием понимается психологическое состояние, вызываемое профессиональной деятельностью, когда человек не может справиться со стрессом, болезнью и усталостью. Как правило, страдающий от выгорания специалист, чувствует, что дает людям больше, чем получает от них. Выгорание также можно описать, как выработанный личностью механизм психологической защиты, позволяющий дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы в ответ на те или иные психотравмирующие воздействия. Этот механизм расширяет сферу отрицательных, негативных эмоций и уменьшает сферу положительных.

Часто симптомы выгорания проявляются у консультантов Горячих линий в следующих размышлениях и сомнениях:

- «Может я сам, еще больше чем другие, нуждаюсь в помощи»,
- «Возможно, это совсем не то место, где я могу реализовать себя»,
- «Разве я помог в этой беседе?»,
- «Никогда в жизни не думал, что эта работа окажется такой тяжелой»,
- «Почему эти разговоры случаются именно со мной?»,
- «Он, по крайней мере, мог бы сказать мне «спасибо»,
- «Мы никому не помогаем, это общая иллюзия, что кому-то после бесед с нами становится легче».

Если консультант достаточно долго продолжает игнорировать эти и другие сигналы, возникает опасность нарушения психологического (тревоги, навязчивые размышления, колебания настроения) и физиологического (головные боли, бессонница, потеря аппетита) здоровья специалиста, а также потери его профессиональной эффективности [6]. Одним из способов сохранения жизнеспособности, устойчивости консультанта является организация доступной супервизорской поддержки.

Супервизия в области телефонного консультирования должна соблюдать все общепринятые и традиционно предъявляемые к ней требования. В психологической практике общими для супервизии принципами являются конфиденциальность, доступность и выборность (возможность самостоятельного выбора консультантом формы супервизии и самого супервизора) [5]. Если принцип доступности и выборности ограничен теми или иными условиями – возможна организация интервизий, где встречаются равные по опыту и квалификации специалисты.

Стороны, участвующие в супервизорской практике (супервизор, супервизируемый и организация, предоставляющая услугу), несут определенную ответственность за свою работу и формируют совместный контракт, оговаривающий необходимые моменты супервизорских отношений. Контракт может иметь устную или письменную договоренности. Оговариваются время, место, частота, форма супервизий (очная/заочная, индивидуальная/групповая и пр.) и другие вопросы совместной работы, в том числе стандарты, принятые в данной организации, этические нормы и возможные формы отчетности [20, 21, 23].

Здесь надо подчеркнуть, что важной функцией самой организации, часто упускаемой из вида, в формировании мер профилактики выгорания, является развитие и поддержание политики и практики внутренней супервизии. Создание явной заинтересованности в прохождении супервизии у сотрудников, поддержание их мотивации на личностный и профессиональный рост, а также осознание факторов сопротивления изменениям и взаимодействие с ними, безусловно, являются преимуществом для стремящихся к развитию организаций.

Осознание сопротивлений, проявляющихся как на организационном, так и на личностном уровнях, является важной составляющей эффективной супервизорской практики. Так к личностным препятствиям могут относиться: предыдущий опыт супервизии, зависимая позиция перед авторитетами, страх оценки у супервизируемого, а также конфликт ролей (учитель/друг/контролер) у самого супервизора [21]. Организационными препятствиями могут быть: бюрократизм, ригидность, конкурирующая политика, ориентация в действиях на кризисность момента. Анализ влияния этих и других факторов на эффективность супервизорской практики даст возможность супервизору подобрать наиболее подходящие механизмы, стили и подходы в работе.

Кроме профилактики выгорания супервизия безусловно оказывает существенную помощь также в профессиональном развитии специалистов и повышении качества оказываемых услуг.

В настоящее время в литературе можно встретить различные варианты супервизорских моделей. Питер Ховкинс и Робин Шохет, наряду со своей процессуальной семимерной моделью супервизии, приводят американскую четырехуровневую модель профессионального развития [21]. В этом подходе процесс супервизии проводится на 4-х уровнях в зависимости от стадии развития супервизируемого:

- 1 уровень – центрирование на себе: «Смогу ли я справиться с этой работой?»,
- 2 уровень – центрирование на клиенте: «Смогу ли я помочь этому клиенту?»,
- 3 уровень – центрирование на процессе: «Каковы наши взаимоотношения?»,

- 4 уровень – центрирование на процессе в контексте: «Как взаимосвязаны процессы?».

Ориентируясь на эти уровни, мы можем использовать на супервизиях различные интервенции, помогающие супервизанту продвигаться в своем профессиональном развитии. Так в работе Луиса ван Касселя указывается несколько составляющих супервизионной системы, на которые могут быть направлены супервизорские интервенции [3]. В их число входят:

- супервизант и его рабочий контекст,
- клиент и система, в которой он находится,
- отношения, разворачивающиеся между супервизантом и клиентом,
- супервизорский процесс, участниками которого в свою очередь являются: супервизант, супервизор, их контексты и отношения.

Согласно калейдоскопической модели Луиса ван Касселя, взаимовлияние этих составляющих и контекстов в которых они находятся, определяется эмоциональными, когнитивными и поведенческими проявлениями, в свое время находящимися под влиянием профессиональных методов, требований и личности специалиста. Соответственно и интервенции супервизора направляются на те или иные подсистемы, исходя из потребностей и уровня профессионального развития супервизанта.

Так, на первом уровне, на котором ориентация супервизанта сосредоточена на себе [по 21] могут быть использованы интервенции, сфокусированные на актуальной задаче супервизанта [по 3] (они могут быть выражены такими вопросами: «Какие конкретные задачи вы хотели реализовать?», «Что в их выполнении было трудным для вас?») или на его деятельности («Что бы вы сделали для улучшения своих реакций?», «Что для этого вам требуется развивать?») и прочем.

На втором уровне, где ориентация супервизанта сосредоточена на клиенте, фокусом может являться сама клиентская система с интервенциями: «Как вы видите, что является главным в ситуации клиента?», «Как ваш клиент сам это видит?», «Что это значит для вашего понимания в дальнейшей работе с клиентом?».

На третьем уровне, ориентированном для супервизанта на отношениях с его клиентом могут быть использованы интервенции, сфокусированные на их взаимодействии, которое они создают: «Что затрудняет ваше общение с клиентом, а что делает его легким?», «Как каждый из вас формирует свою роль?», «Как вы реагируете друг на друга, как развивается динамика ваших отношений?».

На четвертом уровне, ориентированном на процессы, происходящие в работе с клиентом и в супервизорском процессе, интервенции могут включать вопросы, касающиеся отношений супервизанта с супервизором («Как бы вы описали стиль нашего взаимодействия в супервизии?»), отношений с организацией, которая выступает заказчиком супервизорских услуг («Как результат, получаемый вами на супервизиях влияет на ваши отношения с работодателем?») и прочем.

Параллельно супервизор также может проходить свои стадии развития идентичные этим четырем уровням, и, соответственно, нам необходимо обращать внимание на взаимодействие уровней специалистов с обеих сторон – и супервизируемого и супервизора.

Практика контроля и самооценки супервизора – важное условие его работы. С нашей точки зрения, данная модель может иметь подходящее применение в практике супервизии телефонного консультирования. Но, следуя совету Ховкинса и Шохета, надо помнить и об опасности для супервизии эгоцентричного убеждения, что развитие другого человека может зависеть от нас.

Итак, используя эту или другие модели в процессе супервизии телефонного консультирования следует руководствоваться рядом ее функций. Кулаков С.А. выделяет три компоненты работы супервизора, повторяющие перечисленные нами ранее функции: образовательная (ориентированная главным образом на молодых специалистов линий), поддерживающая (помогающая проживанию негативного опыта, вынесенного из рабочего процесса) и направляющая (способствующая управлению контролем качества оказываемых услуг) [9]. Считаем важным подчеркнуть, обращаясь к словам Щукиной Ю.В., что совмещение множества функций в супервизии – сердцевина хорошей работы. Так, в течение одной супервизорской сессии внимание может поддерживаться сразу на нескольких фокусах [22]:

- обеспечение постоянного пространства для анализа супервизируемым содержания и процесса своей работы,
- расширение рабочих знаний и навыков,
- получение информации и нового взгляда на рабочую ситуацию,
- получение обратной связи по процессу и по содержанию работы,
- получение супервизируемым оценки и поддержки себя как работника и как личности,
- помощь супервизируемому в том, чтобы убедиться, что как работник и как личность он не должен нести груз трудностей и проблем в одиночестве,
- обеспечение пространства для исследования и выражения дистресса, напряжения, переноса и контрпереноса, появляющихся в процессе работы,
- помощь супервизируемому в планировании и эффективном использовании личностных и профессиональных ресурсов,
- стимулирование активности в противовес реактивности,
- возможность убедиться в качестве работы супервизируемого.

Подчеркнем еще раз, что сложности, с которыми сталкиваются в своей работе консультанты Горячих линий, часто приводят к усталости, раздражительности, обесценивающей и безразличной по отношению к клиентам позиции, росту слабо сдерживаемых агрессивных реакций и, в итоге, к снижению значимости и заинтересованности своей работой. Сохранение устойчивости, профилактика синдрома выгорания, необходимость регулярно поддерживать рефлексивную позицию по отношению к своей практике и повышение профессионального уровня важные условия работы консультантов Горячих линий.

Организация супервизорской поддержки, таким образом, не просто важное, а необходимое условие эффективной деятельности Горячих линий. Все принятые в общепсихологической практике требования к супервизии могут быть применимы и в области телефонного консультирования. Существенным критерием получения специалистами успешной супервизии является создание внутри организации грамотно выстроенной политики, побуждающей интерес и мотивирующей сотрудников к личностному и профессиональному развитию.

## **1.2. Некоторые итоги супервизорской работы на Горячей линии по вопросам игровой зависимости.**

В 2006 году на базе Наркологического диспансера №7 города Москвы был организован телефон Горячей линии по вопросам игровой зависимости. Задачами Горячей линии являлись оказание психологической помощи человеку, прояснение

вопросов, касающихся механизмов болезни, работа с мотивацией абонента на выздоровление и личностные изменения, предоставление информации о возможностях получения специализированной помощи.

В составе команды Горячей линии работали специалисты с психологическим образованием, имеющие знания и опыт работы в области проблем аддикции и оказания помощи как самим зависимым, так и их близким. Также были дополнительно проведены учебные занятия, направленные на получение знаний по основам телефонного консультирования и навыкам работы на Горячей линии.

Все специалисты имели возможность получения индивидуальной и групповой супервизии, повышающей уровень профессионализма и предотвращающей синдром выгорания. Групповые супервизии проходили 1-2 раза в месяц с постоянным составом участников и одним ведущим. Индивидуальные супервизии проводились по запросу супервизантов. Для понимания сложностей, с которыми сталкиваются консультанты, и их предотвращения в дальнейшем, был проведен анализ наиболее часто заявляемых на супервизиях тем. Наиболее беспокоящими консультантов вопросами, заявляемыми на групповых супервизиях, были способы работы с агрессивными, манипулирующими, постоянными абонентами, а также абонентами, находящимися в тяжелом эмоциональном состоянии, плачущими, переживающими кризис или проявляющими суицидальные тенденции.

Супервизии по постоянным абонентам требовали коллегиального обсуждения особенностей работы с конкретными абонентами и выработки необходимого сеттинга (частоты ответов на звонки, длительности бесед, условий, правил и способов прояснения этих ограничений с позвонившими абонентами). Эти вопросы также стали темами и для обучающих занятий.

При проведении ряда индивидуальных супервизий частой темой также являлось не эффективное использование навыка отражения чувств абонента и своих собственных. В работе с этой темой на супервизиях в ряде случаев была использована техника, позволяющая попробовать применить этот навык с помощью разыгрывания ролевой игры, где роль абонента играл один из участников, а также техники «пустого стула», на котором сам супервизант поочередно занимал разные позиции, что позволяло ему простроить и «виртуально» проговорить абоненту фразу отражения чувств.

Спустя некоторое время существования Горячей линии одной из самых значимых тем, обсуждаемых на супервизиях, стала проблема работы с мотивацией абонентов на обращение за помощью, лечением и принятием решения о необходимости достижения каких-либо изменений в жизни.

Так, на одной из групповых супервизий супервизант предъявил проблему того, что абоненты часто не являются или откладывают назначенные в ходе обсуждения встречи со специалистами и не перезванивают в назначенное время, из-за чего у консультанта копится чувство разочарования и ощущения, что он «тянет своих клиентов, вкладывается в них больше, чем они сами». В ходе работы группы и вопросов от ее участников прояснилось, что консультант чувствует много ответственности за процесс выздоровления клиента и испытывает тревогу как новый сотрудник службы, ожидая оценки своей работы от коллег и начальства. Поддержка со стороны участников, являющихся одновременно и коллегами супервизанта, дала возможность яснее посмотреть на те аспекты, которые являлись препятствием к продвижению в лечебном процессе у клиентов, и выстроить более четкую структуру беседы со слабо мотивированными абонентами.

Другим примером групповой работы, также обозначенной как трудность работы с нарушающими договоренности клиентами, явился случай, в котором супервизант испытывал много сочувствия к таким абонентам. При прояснении запроса обнаружили, что сочувствие вызывали в основном абоненты, имеющие сопутствующие психические расстройства или тяжелые травматические события в детстве, что заставляло супервизанта идти на уступки, нарушающие принятый формат работы в службе, и испытывать в связи с этим чувство вины. Бережные вопросы участников позволили провести связь между историями клиентов и событиями, которые супервизант пережил в своей родной семье, автоматически перенося переживания прошлого в рабочий процесс. Участие в супервизии помогло супервизанту увидеть и отделить личность клиентов от своих представлений о них и в дальнейшем обратиться за консультацией к личному психологу вне службы.

Другой темой, проявившейся на групповых встречах, стала проблема нехватки знаний в вопросах юридического порядка, в связи с поступающими звонками от абонентов, желающих узнать тонкости своей правовой защищенности. Подобные вопросы, объясняемые ростом долгов и кредитов у игроков, часто сопровождалось угрозами суицидального характера, что создавало ощущение своего непрофессионализма и беспомощности у консультантов Горячей линии.

Еще одной сложностью стала недостаточность компетентности по вопросам, касающимся компьютерной зависимости. На совместных обсуждениях было прояснено, что данная проблема имеет как общие с гемблингом черты, так и определенные отличия, такие как склонность к аутизации, формированию «удобного» виртуального мира, нарушение коммуникации, социализации, наличие других преморбидных черт личности [7]. И, кроме того, требуется учёт возрастной специфики, так как часто подвергшиеся формированию компьютерной зависимости – это дети и подростки [8].

Благодаря тому, что были определены наиболее волнующие консультантов темы, заявленные для обсуждения на супервизиях, нам удалось в дальнейшем дополнить процесс обучения соответствующими занятиями. Можно предположить, что выстроенный таким образом процесс обучения и супервизий дал возможность удерживать развитие профессионального выгорания на низком уровне. Об этом косвенно может свидетельствовать то, что состав специалистов, работающих на телефоне, был постоянным все время существования Горячей линии (около 4 лет).

Таким образом, организация супервизорской работы на Горячей линии по игровой зависимости дала возможность не только снизить напряжение испытываемое консультантами на работе и способствовать профилактике их профессионального выгорания, но и помогла выстроить процесс обучения специалистов наиболее эффективным образом, способствующим поддержанию качества профессиональных услуг, оказываемых службой.

### **1.3. Оценка специалистами Горячей линии по онкологии влияния супервизий на их профессиональное благополучие.**

Опыт организации и проведения супервизий на Горячих линиях дал нам возможность убедиться в важности их проведения для поддержания благополучия и устойчивой, жизнеспособной профессиональной позиции специалистов, противодействующей возникновению синдрома профессионального выгорания и поддерживающей качество работы на телефонной линии. Тем не менее, нам стало интересно, как сами специалисты оценивают важность супервизийных мероприятий.

На этот вопрос нам помогло ответить исследование, которое было проведено нами ранее и было направлено на изучение профессиональной жизнеспособности специалистов помогающей профессии. Пилотажную часть этого исследования мы приводим здесь, как дающую возможность ответить нашему интересу. Выборкой этого исследования были консультанты, работающие психологами в Службе помощи онкологическим больным и их близким.

С 2007 года эта Служба оказывает психологическую и информационную помощь онкологическим больным и их близким. Ее работа начиналась с организации Горячей линии, а в настоящее время она оказывает уже более широкий, в том числе очный, спектр услуг для населения.

В пилотажном исследовании приняли участие только консультанты Горячей линии - 51 человек (мужчины и женщины от 25 до 50 лет). Из числа опрошенных 26 человек работали на Горячей линии на момент проведения опроса, а 25 человек уже не работали на ней по тем или иным причинам более 6 месяцев.

Следует отметить, что работа, осуществляемая на этой линии, представляет собой кризисное консультирование. Аудиторией линии являются люди, попавшие в сложную жизненную ситуацию, часто находящиеся в эмоционально тяжелом и неустойчивом состоянии, что является дополнением к специфике работы на Горячих линиях и Телефонах доверия в целом, а именно, непредсказуемости темы и состояния каждого следующего звонящего, варьирующихся от абонентов с суицидальными намерениями до манипулирующих, развлекающихся абонентов. Это краткое описание деятельности психолога-консультанта Горячей линии является прямым риском для специалиста формирования синдрома профессионального выгорания, и таким образом, необходимости постоянной рефлексии своей деятельности и повышения своей профессиональной квалификации. В этих вопросах, безусловно, незаменима помощь супервизионных мероприятий.

В рамках организации супервизорской поддержки этих специалистов были организованы групповые и индивидуальные формы супервизий. Специалисты, что заранее обговаривалось в письменном контракте, были обязаны посещать не менее одной супервизии за 2 месяца в любом формате. Индивидуальные супервизии проводились в очной и заочной форме (по скайпу). Групповые – только в очной форме, 2 раза в месяц. Кроме обязательных супервизий все специалисты имели возможность посещать их в любом количестве по своему собственному запросу. Организация предоставляла специалистам как внутреннего, так и внешнего супервизора. Кроме того, были организованы два раза в год аттестационные супервизии (с присутствием супервизора при работе консультанта на Горячей линии) для подтверждения допуска к работе.

Итак, на базе этой Горячей линии было проведено исследование, позволяющее определить, что является для специалистов факторами, повышающими их профессиональную жизнеспособность. Как будет показано ниже, весомую часть таких факторов занимают супервизионные мероприятия.

Для изучения представлений специалистов о тех критериях, которые они сами для себя определяют как защитные и ресурсные им было предложено ответить на вопросы анкеты. Опрос был анонимным и проводился в режиме он-лайн. В интересующих нас исследовательских целях респондентам предлагалось ответить, что помогало и поддерживало их во время работы, что являлось их ресурсом, что служило профилактикой профессионального выгорания.

Для обработки полученных ответов был использован метод контент-анализа, который позволил объективно, количественно оценить содержание ответов респон-

дентов. Контент-анализу был подвергнут текст из 129 ответов. Полученные ответы мы объединили в подгруппы по близким друг к другу значениям.

По результатам обработки полученных ответов были выделены следующие группы понятий, отражающих способность респондентов поддерживать свои защитные функции и противостоять профессиональному выгоранию (группы перечислены в порядке значимости для респондентов):

1. *«Атмосфера коллегиальности»*. Эта группа включала такие понятия, перечисленные респондентами, как: поддержка, помощь коллег, общение с коллегами, похвала коллег, обмен опытом, помощь руководителя, хорошее руководство и отношение администрации, корпоративная культура, дружный коллектив, хорошие отношения в коллективе, приятные люди, сопричастность, единство, забота, отсутствие вакуума и прочее.
2. *«Профессиональное совершенствование»*. Эта группа объединяла такие понятия как: профессиональный рост, профессиональные навыки, интерес к работе, интерес к психологии, применение профессиональных знаний, желание учиться, обучение, саморазвитие, информированность, доступ к информации, знание признаков выгорания, соблюдение рекомендаций и прочее.
3. *«Супервизия»*. В эту группу были объединены понятия, в которых специалисты непосредственно упоминали «супервизию» как фактор, поддерживающий их в столкновении с профессиональными сложностями. Наш интерес к супервизии заставил нас выделить ее в отдельную группу, хотя функционально она вполне отвечает критериям профессионального совершенствования. Стоит также отметить, что тому уровню внимания, который супервизия заняла в ответах этих специалистов, безусловно, способствовала хорошо организованная система работы на Горячей линии, в которой супервизии уделялось достаточное внимание.
4. *«Хобби»*. Эта группа включала следующие понятия: смена деятельности, хобби, чтение, спорт, музыка, пение, рисование, кулинария, просмотр фильмов, прогулка, природа, медитация, йога и прочее.
5. *«Условия работы»*. Группа включала такие понятия как: условия работы, комфорт, комфортная атмосфера, личное пространство, свобода выбора, свободный график, свободное время, организация рабочего времени, структурированность, техническая поддержка, четкость работы, отдых и прочее.

Ниже представлена таблица, дающая представление о разбросе полученных данных в соответствии с тем, какое значение данные подгруппы занимали в соответствии с вопросами анкеты (цифры указывают на количество упоминаний соответствующих понятий в ответах респондентов).

Таблица 1. Распределение упоминаемых респондентами понятий по группам в соответствии с вопросами, предъявляемыми им в анкете.

	Что помогло и поддерживало вас во время работы на Горячей линии?	Личными качествами, помогающими мне в работе на линии я вижу...	Моим ресурсом в работе является...	В этой работе мне помогает то, что...	Профилактикой профвыгорания мне служит...	Итого	%
Атмосфера коллегальности	25	--	19	22	3	69	30
Профессиональное совершенствование	14	6	18	12	12	62	27
Супервизия	14	--	6	6	18	44	19
Хобби	--	--	13	--	16	29	12
Условия работы	7	--	2	8	11	28	12

Из представленной таблицы видно, что супервизия (представляющая интерес для данной дипломной работы) заняла третье место в ряду всех представляемых специалистами факторов, необходимых им для поддержания своей устойчивой, жизнеспособной профессиональной позиции, набрав 19%.

Исходя же из того, что супервизия по своим функциям объединяется с понятиями группы «Профессиональное совершенствование» (набравшей 27%), значимость мероприятий повышающих профессиональный уровень специалистов (таких как супервизии, тренинги, семинары и прочее) выходит на первый план, набрав 46% от всех ответов.

Ответы не подходящие под категорию описываемых выше групп понятий, а также ответы на незаконченное предложение, касающееся личных качеств специалиста, помогающих ему в работе, мы обработали отдельно. Мы приводим их в данной дипломной работе, так как считаем, что знание значимых для самих специалистов качеств, может быть использовано как в профессиональном отборе специалистов, так и в обучающих и супервизионных мероприятиях, с целью обнаружения дефицита этих качеств и исследования способов их формирования и применения в работе. Этот анализ позволил выделить следующие категории понятий, способствующих жизнеспособности специалистов:

1. *Личностные черты* (23%). В эту группу вошли следующие понятия: стрессоустойчивость, коммуникабельность, ответственность, рефлексия, чувство юмора, уверенность, сдержанность, самоуважение, самодисциплина, рассудительность, внимательность, позитивность, осознанность выбора, желание преодолевать трудности.
2. *Качества и ценностные категории* (22%). В эту группу вошли понятия: эмпатия, сочувствие, гуманизм, доброжелательность, доброта, сопереживание, принятие, понимание, уважение к человеку, сострадание, терпение, толерантность, безоценочность, отзывчивость, умение позволять людям быть самими собой, вера в другого человека.
3. *Способности и умения* (14%). В эту группу вошли понятия: умение слушать, умение соблюдать границы с клиентами, умение находить ресурс клиента, спо-

способность учиться, хорошая память, умение молчать, умение говорить, умение быстро ориентироваться, скорость мысли, понимание своих ограничений.

4. *Желание помогать людям* (10%). Оставшиеся количество ответов заняли менее значимые, но также упоминаемые респондентами понятия, используемые ими в качестве своих ресурсов: наличие семейной поддержки, возможности приобретать и применять имеющийся опыт, возможность ощутить чувство своей нужности и значимости для других людей, а также общение, вера, сон и использование защитных ритуалов.

Итак, в результате проведенного исследования удалось выделить несколько подгрупп понятий, оцениваемых респондентами как защитные и ресурсные. Наибольшее количество упоминания в тексте ответов респондентов заняли такие группы понятий как: «Атмосфера коллегальности», «Профессиональное совершенствование», «Супервизия», а также группы личностных черт, способностей, умений, интересов и гуманистических ценностей специалистов. Из личностных черт, способностей и склонностей, наибольшее количество повторений набрали такие понятия как: стрессоустойчивость, спокойствие, умение слушать, умение соблюдать личные границы, желание помогать людям, эмпатия.

Таким образом, можно говорить о том, что перечисленные категории являются наиболее значимыми для специалистов факторами защиты в ситуациях профессионального риска, способствующими сохранению их устойчивости и жизнеспособности в профессиональной деятельности.

Полученные результаты могут быть учтены при проведении мероприятий по профотбору специалистов на ту или иную деятельность, а также в выборе методов и мероприятий, проводимых в целях профилактики синдрома выгорания, уменьшения текучести кадрового состава и поддержания качества оказываемых услуг. Такими мероприятиями, соответственно, могут быть: супервизии, курсы повышения квалификации, обучающие тренинги, корпоративные встречи, направленные на сплочение, обмен опытом и общение. А также другие способы, помогающие созданию комфортных условий трудовой деятельности, поддержанию ценностных ориентаций, ресурсов и мотивации сотрудников.

Несмотря на то, что ряд исследовательских работ и практического опыта подтверждают важность супервизии, она до сих пор в некоторых областях, связанных с оказанием помощи людям (в частности, в системе здравоохранения) не является регулярным и, тем более, привычным способом поддержания качества оказываемых услуг [10, 11]. Данное исследование дало возможность еще раз подтвердить необходимость внедрения этого метода в качестве обязательного для специалистов помогающих профессий. А предложенный пример использования контент-анализа, возможно, может быть применен для разработки, уточнения и пересмотра политики супервизии, подтверждения ее ценности и необходимости, а также определения некоторых зон внимания и развития в рамках административных (для критериев оценки) и клинических (для критериев исследования и обучения) супервизий.

На важность этого способа, нам указывает и Луис ван Кассель: «Если супервизионной политики нет, то на начальном этапе разработки политики крайне важно пробудить интерес к вкладу, который может предложить супервизия. Такой процесс может быть вызван диалогическими действиями, в идеале с потенциальными супервизантами и лидерами, относительно потребностей и потенциала участия в супервизии. В этих контрактах могут быть заданы вопросы и проблемы, а также определе-

ны соответствующие аспекты, которые должна включать в себя политика. ... Такой процесс может привести к запуску некоторых экспериментов, которые при глубоком рассмотрении помогают руководству увидеть потенциальное влияние, которое супервизия может оказать на качество предоставляемых услуг, а также на организационный климат, что в конечном итоге приведет к поэтапной разработке политики» [4].

## **2. Опыт организации супервизий в службах, оказывающих очную психологическую помощь.**

### **2.1. Изучение важности развития политики супервизии на примере работы «Программного совета» в дето-подростковом отделении «Приют».**

Говоря о политике организации супервизии, хочется подчеркнуть ту ее специфику, на которую указывает Луис ван Кассель, в своей работе, говоря, что разработка супервизионной политики – это «динамичный, развивающийся процесс, а ее ценность и оценка могут зависеть от форм работы сотрудников и культуры отделов» [4]. Если в организации отсутствует супервизионная культура, то на начальном этапе разработки такой политики крайне важно пробудить интерес к тому вкладу, который она может предложить. Если организация определяет себя как динамичный субъект, способный развиваться и помогать развитию своих членов, для повышения качества, оказываемых ими услуг, то процесс разработки супервизионной политики проходит в достаточно естественной органичной манере, в соответствии с контекстом, в котором она осуществляется, потребностями и потенциалом участников супервизионных услуг.

В интересующей нас работе в условиях супервизий для организации, оказывающей психологические услуги населению, это могут быть административная (обязательная для сотрудников) и клиническая (развивающая профессиональные качества и рефлексии) супервизии. Позиция супервизора по отношению к организации может быть как внешней, так и внутренней, что имеет свои плюсы и минусы в работе.

Формы супервизий также могут быть представлены в разном сочетании и последовательности. Это могут быть супервизии индивидуальные, групповые или коллегиальные (интервизии).

Условия (график, место, частота, продолжительность и длительность встреч, процедуры согласования различных организационных вопросов, разногласий, переносов и отмен) должны быть заранее обговорены в контракте, где стороны проясняют друг с другом обязательства, требования к компетентности и форму отчетности.

Конфиденциальность, как обязательное условие для супервизорской деятельности (и случаи ее исключения), также должна быть проговорена в этом соглашении. Это уменьшает чувство незащищенности и зависимости (особенно в случае административной супервизии) и повышает ответственность, самомотивацию, самостоятельность поведения участников и сводит к минимуму возможность возникновения этических конфликтов.

В рамках общей сформулированной цели супервизии, заказчиком которой выступает организация и которая закреплена в условиях контракта, супервизанты могут также разработать в ходе участия в супервизиях и свои собственные вопросы и цели в рамках выполняемых ими задач и собственного понимания профессионального развития.

Каждая разработка супервизорской политики, таким образом, является уникальной работой в рамках той или иной организационной системы. Она требует индивидуализированного подхода, учитывающего возможности и ограничения, функции и потребности, дефициты и потенциалы, присутствующие в данной организации. Учи-

тывая все эти особенности формирования политики супервизии, нам представилась возможность попробовать реализовать такую деятельность на своем рабочем месте.

В 2011 году администрация московского наркологического диспансера предложила организовать «Программный Совет», расширяющий деятельность проводимых групповых встреч специалистов с целью оптимизации деятельности диспансера и осуществления программно-целевого подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса. Одной из функций «Программного совета» была организация образовательных, просветительских, супервизорских и психопрофилактических мероприятий во всех отделениях диспансера, а также предварительная оценка их деятельности.

Первый проект «Программного совета» был направлен на оценку состояния деятельности отделения медико-социальной помощи детям и подросткам «Приют». В его задачи входило аудирование и аттестация (тестирование, интервьюирование, наблюдение) сотрудников, с целью улучшения их профессиональных навыков. Предполагалось, что данное исследование поможет обнаружить зоны, требующие профессионального развития, в том числе, с использованием супервизий.

Для этого были проведены следующие мероприятия:

- включенное наблюдение, за взаимодействием персонала отделения друг с другом, с административным звеном и с пациентами отделения;
- интервьюирование административного звена отделения и некоторых его сотрудников, с целью выяснения их видения ситуации в отделении, проблем, ресурсов отделения и рекомендаций по оптимизации отделения и деятельности психологов проекта «Программный совет»;
- тренинги, исследовательско-мотивационные занятия и другие групповые формы работы с персоналом отделения и административным составом;
- анкетирование, направленное на выяснение субъективного понимания сотрудниками отделения целей своей организации, своего места и роли в ней, трудностей в их работе, работе всего отделения в целом, причин возникающих конфликтов и способов их разрешения, наличия и недостаточности внутренних ресурсов;
- тестирование и диагностика методом профессиограммы и социометрии, с возможностью их использования в дальнейшей работе по оптимизации работы отделения;
- проведение экспертной оценки специалистами (врач психиатр-нарколог, воспитатель, психолог);
- регулярные методические встречи участников проекта для обсуждения накопленного материала и поэтапного планирования дальнейшей работы.

Проведенная исследовательская работа позволила сделать выводы о наличии проблем в системе управления персоналом, в устаревшей нормативно-правовой базе, в нарушении внешнего и внутреннего взаимодействия в отделении, а также отсутствии общей идеологической концепции у специалистов в целом. Данные выводы подтвердили, наряду с другими задачами, и необходимость проведения супервизорских и интервизорских групповых и индивидуальных форм работы для сотрудников диспансера в каждом из его отделений, проведение тренингов по профилактике профессионального выгорания, снятия напряжения, отработке практических навыков работы, а также тренингов коммуникативной направленности и пр.

В результате проделанной работы были даны рекомендации по оптимизации деятельности профессиональных служб, организации групповых супервизии в ряде отделений для психологов и социальных работников службы и других форм поддержки специалистов. Таким образом, в перспективе виделось полезным проведение следующих мероприятий в диспансере:

- проведение регулярных супервизорских встреч для специалистов диспансера (групповых - 1 раз в месяц, индивидуальных - по запросу);
- проведения занятий по снижению психологического напряжения, поиску личных и профессиональных ресурсов, профилактике профессионального выгорания, коммуникативным навыкам и сплочению (1 раз в 3 месяца);
- организация информационно-ознакомительных семинаров по заявленным сотрудниками темам: психосоматика, когнитивный подход в работе с зависимостями, навыки работы с трудными пациентами, сопротивляющимися пациентами, пациентами манипулирующими и прочее (1 раз в месяц).

Данные рекомендации, полученные благодаря проведенному исследованию, послужили основанием для предоставления администрации диспансера объективных данных о необходимости проведения супервизорских, психопрофилактических и образовательных мероприятий. А также способствовали разработке такой супервизорской политики, которая на базе имеющихся общих требований к супервизорской деятельности, соответствовала тем задачам и условиям, которые имелись в этой организации.

К сожалению, реорганизация всей системы здравоохранения, и наркологии в частности, с последующими трансформациями учреждений и рядом увольнений сотрудников не позволила осуществить всех предложенных мероприятий. Дето-подростковое отделение «Приют» было расформировано в 2012 году. Но сама идея о пользе супервизии, подкрепленная объективными данными, все же была представлена и частично осуществлена в одном из отделений наркологического диспансера.

## **2.2. Некоторые итоги супервизорской работы в наркологическом диспансере.**

Психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники наркологического диспансера №7 Московского научно-практического центра наркологии, понимая риски своей работы (а наркология признана одной из наиболее подверженных профессиональному выгоранию сфер деятельности), решили организовать мероприятия направленные на профилактику выгорания, повышение профессиональной квалификации и супервизии сложных рабочих ситуаций.

Группы начинались в 2006 году на базе деятельности телефонных линий диспансера по профилактике детского насилия и игровой зависимости. На следующий год они уже приобрели более широкий формат обсуждения и к ним стали присоединяться коллеги из других отделений диспансера. Через некоторое время группы стали иметь регулярный характер: с октября по май 1-2 раза в месяц. Формы приглашений специалистов рассылались заранее по отделениям на подготовленном и завизированном бланке. Вопросы, заявляемые на групповых супервизиях, иногда имели свое продолжение на тематических занятиях, поэтому супервизии чередовались с тренингами и обучающими семинарами.

Таким образом, за период с 2007 по 2013 гг. были проведены:

- **Групповые и индивидуальные супервизии.**

В силу осложнения работы группы тем, что все участники и ведущий занятий явля-

лись непосредственно включенными в общую организационную систему, для повышения безопасности участников предлагались на выбор разные форматы супервизии и возможность проводить группу разным специалистами, имеющими различную профессиональную подготовку в области психологии. Таким образом, супервизии на группах проводились в различном ключе, были использованы форматы с элементами балнтовских групп, супервизий в подходе гештальт-терапии, психодраммы, а также семифокусной модели, предложенной Шохетом и Ховкинсом. Большинство же групп проводилось в рамках интервизий.

Одним из примеров таких групп был случай, в котором поднялся вопрос о включении в работу реабилитационной программы диспансера нового участника, находящегося в родстве с одним из ведущих программы. Мнение участников группы разделилось на два лагеря, один из которых считал невозможным включение участника в программу, другой придерживался противоположной точки зрения. Этот пример дал возможность почувствовать ограничения, которые накладывал на обсуждение тот факт, что все участники данной группы, включая ведущего, являлись внутренними штатными сотрудниками, находящимися в тех или иных ролевых отношениях друг с другом, что мешало им достаточно откровенно и беспристрастно обсуждать поднятую проблему.

Другим примером был случай, когда ведущий предложил разобрать представленную на супервизии историю, связанную со созависимыми отношениями в семье клиента, в рамках понятной ему психодрамматической модели. В ответ на это один из участников группы сообщил, что не доверяет этому методу и отказался участвовать в предложенном обсуждении. Эти эпизоды обнаружили недостаточность организационных возможностей, сложности сопротивления и конкуренции, проявившиеся на групповых встречах, а также необходимость иметь несколько форм супервизий для возможностей выбора их участниками под свои нужды.

- Обучающие семинары и тренинги по темам: работа с подростками, работа с родителями, работа с сопротивлением пациентов, работа с горем, работы с мотивацией пациентов на выздоровление, разделение ответственности, специфика работы с пациентами, проявляющими рискованное поведение и имеющими суицидальные тенденции, сложности работы в групповых реабилитационных программах (например, особенности проведения групповых занятий с пациентами, нарушающими условия поведения в реабилитационных программах, формирование пациентами сексуальных отношений друг с другом) и прочее.
- Тематические группы по профилактике профессионального выгорания, снятия психологического напряжения, профессиональной этике, планированию времени.

Для контроля качества и организации более эффективной работы дальнейших групповых встреч, супервизий, информационных семинаров их участникам было предложено дать оценку их пользе и письменно ответить на ряд вопросов:

1. Как часто Вы участвовали в наших занятиях?
2. Какую частоту встреч Вы видите для себя наиболее полезной?
3. Каковы Ваши цели и задачи, что Вы хотели получить от участия в них?
4. Что реализовалось в результате Вашего участия?
5. Какие изменения Вы замечали в своей работе после посещения занятий (по возможности, приведите несколько примеров)?

6. Что было самым ценным, полезным или интересным на занятиях для Вас?
7. Какая форма занятий Вам кажется наиболее полезной?
8. Что Вам мешало в процессе занятий, чего не хватало и что было недостатком в работе?
9. Какие недостатки Вы замечали в процессе работы ведущего?
10. Ваши дополнительные пожелания, рекомендации и прочее.

Анализ ответов показал, что наиболее ценным результатом встреч, по мнению сотрудников, оказалась возможность познакомиться с коллегами и их работой поближе, выяснилось, что при общем знакомстве друг с другом, профессионально люди знают друг друга очень мало. Кроме того, замечено, что это помогло наладить более уважительные, заинтересованные отношения в коллективе.

Также стала очевидна актуальность некоторых изменений в организации и проведении занятий. А именно, возможное разделение групп по специальностям, проведение закрытых супервизорских групп, приглашение внешних специалистов, в качестве участников групп или ведущих. Важность проведения тематических занятий, семинаров, тренингов и пр.

Итак, проведение супервизий в наркологическом диспансере дало возможность определить зоны и темы для дальнейшего развития специалистов, выстроить новые коммуникативные связи и дать поддержку в сложных случаях реабилитации пациентов.

### **Заключение**

В настоящее время в области оказания психологических услуг уже не приходится доказывать актуальность таких мероприятий как супервизии, образовательные семинары и прочее. Подобные мероприятия уже доказали свою эффективность в области снижения профессионального выгорания, проведения внутреннего контроля качества, получения поддержки коллег, повышения профессионального уровня, требующего постоянного обновления знаний и умений в этой области. Тем не менее, в российских лечебных учреждениях подобная практика до сих пор является крайне редким явлением, и, будучи исключительно энтузиазмом сотрудников, редко понимается и поддерживается административным звеном учреждения, не говоря уже, в принципе, об отсутствии централизованных способов получения подобной поддержки для специалистов государственных учреждений здравоохранения.

Целью данной работы было собрать опыт проведенной супервизорской деятельности и представить его в виде объективного доказательства необходимости организации супервизорской поддержки на рабочем месте специалиста, что до сих пор не считается для организаций, оказывающих людям помощь, очевидным. В результате были сформулированы следующие выводы:

1. Организация супервизорской поддержки для консультантов Горячих линий и других служб, связанных с оказанием помощи людям, в частности наркологического или психиатрического профиля, не просто важное, а необходимое условие эффективности их деятельности.
2. Проведение супервизий может способствовать обнаружению сложностей и проблемных зон организационного процесса и, таким образом, обозначить пути их изменения и послужить грамотному развитию специалистов и всей организации в целом. Эти зоны могут быть учтены в процессе организации обучающего и профилактического (в отношении синдрома

профессионального выгорания) процесса, то есть проведения супервизий, семинаров, тренингов и прочего.

3. Существенным критерием получения специалистами успешной супервизии является создание внутри организации грамотной политики, специфичной для нужд и проблем конкретного места.

Так итоги описанной выше работы помогли нам сделать ряд заключений, которые мы могли бы предложить к учету при организации супервизионной политики. А именно:

- важность заключения письменного контракта со всеми сторонами супервизорского процесса для прояснений условий и возможных способов урегулирования разногласий,
- в рамках организации предоставление как внешнего, так и внутреннего супервизора, что может быть полезным для расширения возможностей прояснения взаимосвязи кейсов клиентов и организационного контекста, а также для безопасности переживаний специалистов о своей профессиональной деятельности,
- предоставление для участников возможности выбирать разные формы супервизий (индивидуальная, групповая, очная, заочная), интервизорские группы, разные методологические подходы (гештальт-терапия, психодрама, когнитивно-поведенческая терапия, балинтовские группы и другое) и разных супервизоров, что может способствовать большей доступности, безопасности и разнообразию точек зрения на профессиональную ситуацию.

Кроме того, для оценки эффективности и повышения качества предоставляемых супервизионных мероприятий может быть использован сбор обратной связи в виде анкетирования специалистов, участников супервизий, что может позволить понять особенности и потребности специалистов данной организации и предоставить материал для обсуждения на «супервизии супервизоров».

Мы надеемся, что анализ проведенной деятельности поможет нам в дальнейшей работе и, возможно, послужит развитием в области, практически не применяемой в российской системе здравоохранения, но особенно ценной для помогающих профессий, организации комплексной, регулярной, централизованной помощи профессионалам с использованием супервизорских мероприятий.

В заключении, вернемся к поставленным нами в начале данной работы вопросам. Что такое супервизия: средство самопомощи или контроль качества, прихоть современных психологов или необходимая мера профилактики выгорания? Нужна ли ей законодательная административная поддержка или это личное дело специалистов? Может ли она принести экономическую выгоду учреждению? Какие она может вызывать сложности и как не подменить ее помогающую функцию ограничивающей? Проведенная работа позволила нам так ответить на эти вопросы:

- Супервизия это средство, которое может помочь не только самому специалисту, но и учреждению, так как регулирует качество оказываемых им услуг.
- Супервизия становится популярной, но это не просто модный термин, а действенное средство профилактики профессионального выгорания и повышения квалификации специалиста.
- Организованные меры профилактики – важные составляющие успешно поставленной и проведенной работы. Таким образом, поддержка на админи-

стративном уровне – залог успеха эффективно проведенных супервизорских мероприятий.

- С нашей точки зрения, возможная экономическая выгода может выражаться, в том числе, в снижении текучки кадров.
- Последний вопрос («какие она может вызвать сложности и как не подменить ее помогающую функцию ограничивающей?») не столь однозначен и требует дополнительного изучения. К сожалению, непонимание самого процесса супервизии и неэффективная внутренняя политика учреждения могут свести ее эффективность «на нет». Мы видим необходимым проводить дальнейшие исследования в этой области с разработкой необходимых рекомендаций и организации подготовки будущих специалистов-супервизоров.

## Литература

1. Van Kessel L. The intended way of learning in supervision designed as a model – how a supervisor could accompany the learning development of a supervisee on this. Doi.org/10.13140/RG.2.2.24585.29281.
2. Van Kessel L. Supervision. Personalised professional development approach for professionals and leadership in human service professions. // Textbook. Chapter I. Supervision. Personalised professional development approach for professionals and leadership in human service professions. 2018.
3. Van Kessel L. Supervision. Personalised professional development approach for professionals and leadership in human service professions. // Textbook. Chapter VI. Interventions in supervision. 2018.
4. Van Kessel L. Supervision. Personalised professional development approach for professionals and leadership in human service professions. // Textbook. Chapter XI. Supervision Policy. 2019.
5. Балюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии. 2003.
6. Барчина Е.Т. Психологический анализ деятельности консультанта Телефона доверия. <http://ratepp-91.narod.ru/librare/barchina/barchina.htm>
7. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис. 2003.
8. Игровая зависимость как препятствие к становлению личности. // Сост. Примаков М.В. Под общ. ред. Мариани Г.Э. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. 2007.
9. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. СПб: 2004.
10. Махнач А.В. Концептуализация случая как методика проведения супервизии // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 81-92.
11. Махнач А.В. Опыт представления и обсуждения концептов на супервизиях семейных консультантов // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 2. С. 100-109.
12. Плющева О.А. Нужна ли супервизия ГУЗам? // Сборник материалов конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология». Выпуск 11(2). М.: 2013.

13. Плющева О.А. Опыт организации супервизорской поддержки на рабочем месте специалиста. // Сборник материалов конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» / Под общ. ред. Зверевой Н.В., Рощиной И.Ф. М.: 2013.
14. Плющева О.А. Опыт работы Программного Совета по оптимизации деятельности лечебно-реабилитационного процесса. // Сер. «Правовая наркология». Вып. 4. Реабилитационные программы. / Под общ. ред. О.В. Зыкова. М.: РБФ НАН. 2012.
15. Плющева О.А. Организация и специфика оказания помощи абонентам «Горячей линии» по вопросам игровой зависимости. // Профилактика патологических форм зависимого поведения. Т. 3, «Лечебная субкультура». Общ. ред. Зыкова О.В. М.: РБФ НАН. 2010.
16. Плющева О.А. Практика супервизии в профилактике СЭВ у консультантов Горячей линии. // Сборник материалов конференции «Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий». М.: МГППУ. 2015.
17. Плющева О.А. Субъективное представление специалистов помогающих профессий о критериях своей жизнеспособности // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2016. № 3 (51). С. 87-93.
18. Практика телефонного консультирования: хрестоматия. Ред. сост. Моховиков А.Н. М.: «Смысл». 2001.
19. Телефон доверия Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи. / Сост.: Федотова О.Ю., Суховерхова З.И. М.: Институт Молодежи. 1999.
20. Уильямс Э. Вы-супервизо. Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. М.: Изд-во «Класс». 2001.
21. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь. 2002.
22. Щукина Ю.В. Актуальные проблемы супервизорской практики. Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ. Сборник статей. М.: Изд-во МГППУ. 2011.
23. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования. / Серия: Современный психоанализ. СПб: БСК. 1997.

## Анализ и рефлексия опыта использования Калейдоскопической модели супервизии Луи ван Кесселя в групповой работе

### 1. Калейдоскопическая модель супервизии Луи ван Кесселя

Калейдоскопическая модель супервизии Л. Ван Кесселя выстроена на основании интегративного подхода к супервизии. Целью супервизии в рассматриваемой модели является высокоинтегрированный и компетентный профессионал (Van Kessel & Naap, 1993). Развитие высокой степени интегрированности означает появление уникальной профессиональной личности, объединяющей в себе гармонично профессиональное и личностное измерения (Van Kessel, 2018). В развитии профессионала выделяются два измерения:

- профессиональное, как определенные требования к качеству профессиональной деятельности;
- личностное, как определенные требования к склонностям и умениям осуществлять профессиональную деятельность.

Профессионал постоянно сталкивается с задачей интеграции этих двух измерений.

Результатом этой интеграции становится «Личность-профессионал» (Towle, 1954): новая идентичность, обладающая профессионализмом. Под понятием «личность-профессионал» имеется в виду следующий набор характеристик личности.

- 1) Постоянная адаптация в ситуациях взаимодействия, в соответствии с человеческим мышлением, волеизъявлением, выражением, чувствами.
- 2) Данный тип личности предполагает осознание индивидом своих возможностей, и целей, своих чувств и предпочтений, чтобы адекватно справляться с ними, а также осознание своих ценностей и норм и осознание того как они влияют на его действия.
- 3) Успешная корректировка вышеописанных характеристик в соответствии с требованиями конкретной профессиональной ситуации (Van Kessel 1993).

Супервизия, с точки зрения автора, помогает реализовывать человеку профессиональные знания, умения и навыки в конкретной деятельности, и, одновременно, реализовываться на личностном уровне, используя личные качества, личностные убеждения. И таким образом, можно говорить о возможности интеграция двух измерений.

На рисунке 1, похожем на калейдоскоп, показана интеграция двух аспектов, описанных выше.

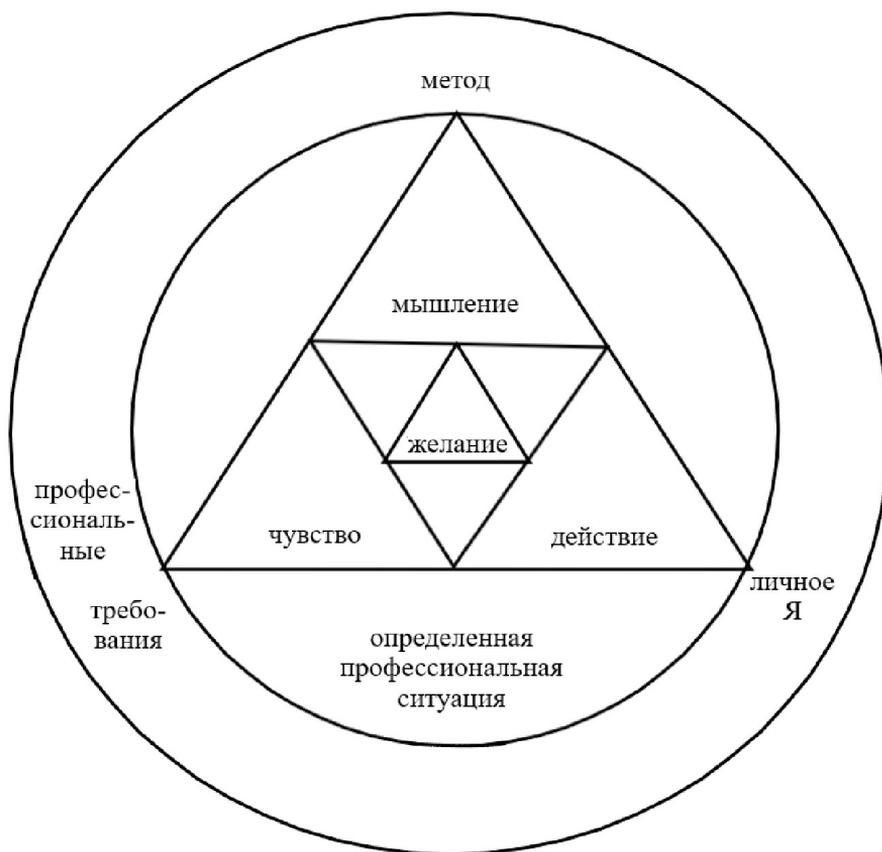


Рис. 1: Аспекты интегративной профессиональной деятельности, рассматриваемые сквозь призму калейдоскопа.

Для качественного выполнения работы «Личности-профессионала», его действия должны быть как интегрированными, так и интегрирующими. Для этого ему требуется умение:

- направлять свои способности на выполнение задач таким образом, чтобы поставленные цели соответствовали имеющимся возможностям;
- владеть своими чувствами и предпочтениями, адекватно с ними справляться;
- осознавать свои моральные нормы и ценности, понимать, как они влияют на его действия и стремления.

Подобно калейдоскопу, в этой модели происходит движение между ее элементами, выбираются полюса наблюдения, рефлексии и анализа, а затем фокус перемещается на следующий элемент. Для решения профессиональных задач требуется интеграция на полюсе профессионал - от профессионала ожидается умение помогать клиентам и сотрудничать с коллегами, применяя правильно выбранные методы (см. рис. 1, полюс «метод»).»). При этом, в работе участвует его личность со своими склон-

ностями и особенностями реагирования на ситуации, задачи и других людей. Кроме того, применение нужных методов должно соответствовать роду деятельности и требованиям, предъявляемым специальностью работника (полюс «профессия»). Для этого необходима интеграция полюсов «личность», «профессия» и «метод». В интеграции названных трех полюсов принимают участие также взаимодействующие между собой аспекты «мышления», «чувства», «желания» и «действия».

Центральным полюсом в калейдоскопической модели является «желание, намерение, или воля (виллинг)», как способность прикладывать усилия к достижению цели, намерение осуществлять, выражать. Этот полюс взаимосвязан с остальными и раскрывается в результате взаимного влияния. Полюс «действие» отражает совершаемые, намеренные, предполагаемые действия, связанные с профессиональным методом. Полюс «чувство» отражает личностные особенности реагирования, восприятия, оценивания в системе отношений. Полюс «мышление» отражает способности личности обрабатывать информацию, анализировать, понимать себя и другого в процессе профессиональной деятельности.

В контекстуальном отношении личность профессионала встроена в систему сложных профессиональных взаимоотношений с собой, коллегами и клиентами. Здесь первым элементом является метод профессиональной работы, причем в социальном отношении действия супервизанта заданы именно данным элементом, который в сущностном виде есть терапевтический подход. Следующим элементом профессионального контекста существования личности супервизанта является требования профессии как стандарт профессионального поведения, созданный профессиональным сообществом, т.е. система профессиональных требований и предписаний, норм и правил осуществления профессиональной деятельности. Надо подчеркнуть, что профессионал в калейдоскопической модели является системой, включенной в более крупные и развитые сложные системы. Системное значение калейдоскопической модели связано с системными взаимосвязями перечисленных элементов, которые в ходе супервизии постепенно становятся фокусами учебной работы, направленной на развитие профессиональной компетентности супервизанта (Van Kessel, 2019).

В ходе супервизии внимание и размышления (рефлексия) всегда направлены на разные аспекты личностного измерения. Это делается в целях и в ходе развития супервизируемого как «Личности-профессионала», он нуждается в подобном сосредоточении для личностного развития и для улучшения качества работы. Благодаря супервизии, работник учится лучше разбираться в следующих аспектах своей профессиональной деятельности:

- Какую цель он ставит перед собой, выполняя конкретную рабочую задачу в конкретной ситуации; какими методами он пользуется для достижения этой цели; каким образом цель и методы работы согласуются с возлагаемыми на него ожиданиями, связанными с должным выполнением профессиональных обязанностей.
- В какой мере он осознает все указанные аспекты своей деятельности в ходе ее осуществления; в какой мере он осознает собственную профессиональную компетентность и ее ограничения; в какой мере он способен справляться с указанными аспектами работы, пользуясь соответствующими методами.
- В какой мере он осознает свои личные чувства, предпочтения, ограничения и трудности; насколько он способен справляться с ними методически адекватным способом.

- В какой мере он осознает влияние своих личных норм и ценностей на профессиональные действия и цели, является ли это влияние благоприятным или неблагоприятным. В какой мере он способен справиться с этим влиянием в определенной ситуации методически адекватным способом.

Следует также учитывать, что профессиональная деятельность осуществляется в условиях определенного учреждения, с конкретными клиентами и их проблемами, с использованием определенных методов, в определенных обстоятельствах, в коллективе сотрудников, при соблюдении политики учреждения и т.д. Все это – элементы контекстуальной системы, оказывающей воздействие на работника и его профессиональную деятельность. Чтобы успешно ее осуществлять, ему приходится постоянно осознавать все особенности контекста и определять свое отношение к ним. Подобная настройка постоянно ставит перед ним также вопросы интеграции.

Калейдоскопическая модель является вспомогательным средством супервизии, с помощью которого супервизируемый может прорабатывать рабочие и учебные темы, исходя из перечисленных выше аспектов деятельности. Супервизируемый может подбирать к каждому полюсу и грани рабочие темы, обсуждаемые во время супервизии, что в дальнейшем помогает разрабатывать учебные темы.

Например, супервизанту может не хватать определенных знаний, он может сталкиваться с трудностями в согласовании личных ценностей и норм с соответствующими системами клиента, трудностями работы в конкретной рабочей ситуации. На протяжении супервизии невозможно направлять внимание одновременно на все полюсы и грани калейдоскопической модели. Супервизируемому может быть необходимо в большей мере сосредоточиться на некоторых из них, так как он нуждается в совершенствовании именно данных аспектов работы. Важно также, чтобы супервизор и супервизируемый не забывали о взаимосвязях между разными полюсами и гранями модели. Если они упустят из виду эти взаимосвязи, то супервизия приобретет характер «административного надзора» (в центре внимания окажется полюс «профессиональных требований») или «методического обучения» (ориентация исключительно на полюс «метода»).

В зависимости от специфических потребностей и уровня профессионального развития данного супервизируемого, а также от предъявляемых к нему профессиональных требований, во время супервизии каждому из выделенных в калейдоскопической модели аспектов может уделяться большее или меньшее внимание.

### **Рефлексия – основа интегрированного функционирования в профессиональной практике.**

В калейдоскопической модели предполагается, что для качественного выполнения работы «Личности-профессионала», его действия должны быть как интегрированными, так и интегрирующими. Способность к интеграции не является константой и не обретается раз и навсегда. Профессионал в своей работе постоянно сталкивается с ситуациями, когда его прежний профессиональный и жизненный опыт выступает привычным паттерном, или реакциями, мешающими продвижению. А они, в свою очередь, воздействуют на методические подходы. Специалист, способный замечать подобные реакции, размышлять, или рефлексировать над ними, имеет возможность дистанцироваться от них, переосмысливать и интегрировать в практику.

Степень, в которой профессионал способен к самостоятельной профессиональной деятельности и поддержанию стандартов своего профессионализма, во многом зависит от того, насколько он способен к независимой рефлексии о приобретен-

ном трудовом опыте, и насколько в нем развито «наблюдающее Я» (Bowen, 1974, см. Boeckhorst, 1989).

Главная цель супервизии - интегрированное функционирование в профессиональной практике, и она может быть достигнута, если профессионал подвергает рефлексии свою практику. По мнению Тоуле (Towle, 1954), «... одной из мер профессиональной зрелости является достигнутая степень осознанности обучения». Способность к рефлексии своей деятельности является сегодня одной из важнейших компетенций. Наблюдается возрастание интенсивности и сложности человеческого взаимодействия особенно в сфере предоставления услуг. Соответственно, растет рефлексия относительно профессионального функционирования, качества оказания услуг, эффективности деятельности. Там, где человеческое взаимодействие играет жизненно важную роль в профессиональной деятельности, супервизия может иметь важное значение. Супервизия способствует улучшению профессионального функционирования специалистов, оказывающих услуги населению в плане предоставляемых ими услуг. А также улучшение их коллегиального взаимодействия, что повышает качество работы организаций, их эффективность и результативность, что, в свою очередь, пойдет на пользу их клиентам и обществу.

### **Цели супервизии в интегративном подходе.**

Главная цель супервизии - способность функционировать, как интегрированная «Личность – Профессионал» в конкретных ситуациях своей профессиональной практики. Профессиональные знания, умения и навыки самосогласованно интегрируются с конкретными практическими ситуациями и текущими проблемами, с которыми сталкивается сам специалист. Он учится узнавать, что лучше всего сделать и как; как он вовлечен и что влияет на него, а так же как он может справиться с этими влияниями. Интегрировав эти знания, он может представлять сбалансированную профессиональную идентичность и предоставлять адекватную и эффективную профессиональную услугу.

Этот процесс приводит к форме профессионализма, в котором профессионал обладает «применяемыми теориями» и «теориями в действии», в которые он преобразовал академические «исповедуемые теории».

Для достижения этой цели во время супервизии ставятся две промежуточные цели: развитие *способности к рефлексии* и *способности к интеграции*.

Супервизор побуждает супервизируемого к размышлениям (рефлексии) над своими переживаниями во время профессиональной деятельности и над тем, как он поступает с этими переживаниями.

Супервизор способствует «разворачиванию», ясному изложению супервизируемым своего опыта. Это позволяет создавать дистанцию с описываемой ситуацией, переживанием и появляется возможность наблюдения, исследования и рефлексии опыта. Супервизор побуждает к рассмотрению его с различных точек зрения. Многие аспекты играют в нем свою роль. Для изменения привычных моделей реагирования, следует также разобраться в различных сомнениях работника и мешающих работе препятствиях.

Делая это многократно и сознательно, участвуя в последовательности сеансов супервизии, супервизанты учатся совершенствовать свою «рефлексивную компетентность» относительно своего профессионального функционирования, что приводит к приобретению «рефлексивной установки». Постепенно опыт супервизии интериоризируется, появляется фигура «внутреннего супервизора», супервизанты учатся использовать свою «рефлексивную способность» независимо и устойчиво,

быть способными к самообновлению и самоуправлению и функционировать как «рефлексивные практики». Это называется мета-обучением: они узнают, как могут автономно улучшить свое профессиональное функционирование, постоянно участвуя на своих профессиональных действиях и связанном с этим опыте.

### **Профессиональное и учебное измерения в супервизии.**

Чтобы помочь продвижению супервизируемого к намеченным целям, действия супервизора – а по возможности и других супервизируемых – должны иметь два направления: на профессиональное и учебное измерения. *Профессиональное измерение* можно рассматривать в качестве главной цели супервизии. Поэтому супервизируемый вкладывает в процесс супервизии именно свой профессиональный опыт. Чтобы адекватно исполнять свою профессиональную роль, ему необходимо получать новые знания и умения также в этой области. Критерии необходимых знаний и умений определяются соответствующей профессиональной группой. Как супервизируемые, так и супервизоры руководствуются этими критериями.

Важно уделять внимание также *учебному измерению*, необходимому чтобы успешная адаптация профессионального опыта оказалась полезной для будущей профессиональной деятельности. Поэтому супервизор должен направлять свои действия на способы и пути обучения, с помощью которых супервизируемый овладевает необходимым профессионализмом. Обучение имеет место как в условиях супервизии, так и в условиях практической профессиональной деятельности. Чтобы успешно участвовать в супервизии, супервизируемый должен обладать способностью реализовать тот способ обучения, который необходим и желателен при супервизии. Когда супервизируемый научается правильно обращаться со своим профессиональным опытом во время супервизии, он может так же действовать после супервизии и без помощи супервизора.

### **Модель предпочтительного пути обучения в супервизии.**

Луи ван Кессель подробно описывает оптимальный и предпочтительный путь обучения в супервизии в виде модели. «...эта модель может использоваться для того, чтобы направлять и поддерживать супервизантов в их учебном процессе, как на уровне профессионального, так и на уровне учебного измерения (см. Van Kessel, 2018a; 2018b).

Модель предпочтительного пути обучения в супервизии основана на компетентностном подходе, включает в себя рефлексию опыта, трансформационный опыт, развитие «наблюдающего я», обучение через проблематизацию и концептуализацию, практику осознанных выборов и, как результат, образование новых ментальных схем и расширение репертуаров поведения.

Супервизор может использовать данную модель для сопровождения процесса обучения супервизанта. Он, по существу, имеет детальную карту, позволяющую ориентироваться и продвигаться в процессе супервизии. Для супервизанта модель может служить ориентиров в его обучении и развитии.

Рассмотрим подробнее данную модель. (рис. 2) Она состоит из трех последовательных этапов: путь познания, путь выбора и путь действия. На каждом этапе заложены определенные шаги, способствующие выработке у супервизанта базовых навыков супервизии.

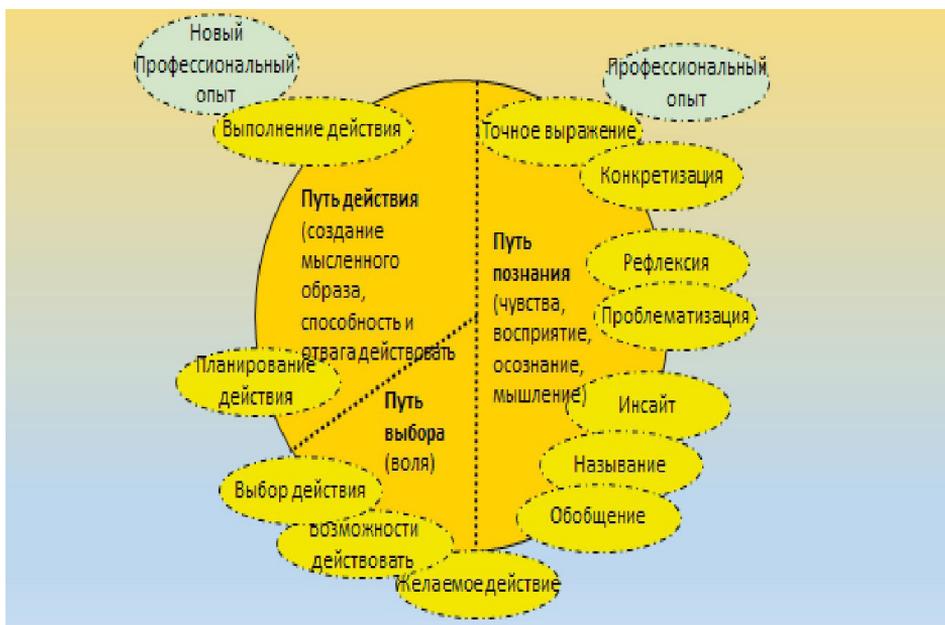


Рисунок 2. Предпочтительный путь обучения в супервизии, представленный в виде модели (Van Kessel, 1989)

### Путь познания

Первый этап - путь познания связан с непосредственным выполнением профессиональных задач и пониманием этого опыта. Супервизор помогает супервизанту анализировать этот опыт, непосредственно сосредотачиваясь на затруднении супервизанта в обсуждаемом случае. Задача супервизанта получить ответы на вопросы «Что произошло?», «Что это означает?». У него появляется понимание проблемы, с которой он столкнулся в практике.

Именно так усваиваются знания, полученные на основе решения задач, возникающих в практике. Супервизор помогает супервизанту изучить и проанализировать этот опыт, чтобы «раскрыть» (возможно, скрытые) значения, которые этот опыт содержит, и прийти к соответствующему пониманию для развития его /ее компетенций, необходимых для текущей и будущей профессиональной деятельности. (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06).

Луи ван Кессель подробно описывает шаги, из которых состоит путь познания.

1. Все начинается с того, что супервизант представляет на супервизии «восприятие своего опыта, переживание», связанное с профессиональной ситуацией. Внутреннее переживание, событие и профессиональные задачи переплетены, понимания еще нет.

На этой фазе супервизор создает безопасное пространство, внимательно слушая супервизанта, что он мог представить свой профессиональный опыт как для себя, так и для других супервизантов, если это групповая супервизия.

2. Следующий шаг – «точное, ясное выражение». Задача супервизанта – ясно выразить свой опыт, упорядочивая и обрабатывая его, придавая ему структуру, чтобы в последствие сделать его предметом рефлексии. Супервизор наблюдает и отмечает, как, каким образом супервизант рассказывает свою историю, что ставит на передний план, что оставляет на заднем плане. Что он скрывает или не осознает, или чего он не знает или не признает; и что он / она признает, позволяет и осознает. Основная помощь супервизора на этом этапе – направлять супервизанта в том, чтобы выделить основные проблемы и сделать видимым фоновое содержание. Желательно подталкивать супервизора к рефлексии его способа выражения опыта, его способность работать и учиться.

3. Конкретизация. Процесс конкретизации приближает конкретные аспекты опыта и способствует осознанию. Это похоже на переход от эскиза к детальной картине. Супервизор может помочь, поощряя супервизанта описывать конкретные ситуации прямо, задавая вопросы, или предлагает проиграть ситуацию.

4. Рефлексия. Акт рассказывания опыта помогает создать дистанцию и смотреть на ситуацию со стороны. Супервизант ставит себя в три позиции: из положения участника (или актера) он попадает в положение зрителя (или наблюдателя), а затем в положение воспринимающего (или оценивающего) собственные переживания. С этой позиции супервизант может наблюдать, исследовать и рефлексировать свой опыт. Луи ван Кессель подробно описывает рефлексия, как основную компетентность профессионала. «Эмпирический процесс становится преднамеренным процессом обучения, в котором мы перерабатываем опыт посредством рефлексии и приходим к пониманию, из которого мы делаем выводы относительно того, как справляться с ситуациями в будущем.» (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06).

В определенном смысле рефлексия порождает вдохновение действовать от-лично от соответствующего опыта: здесь есть признание проблемы, и предлагается перспектива; У меня есть другие возможности в моем распоряжении, здесь нужны другие возможности. Происходит трансформация, которая может быть описана как трансформационный опыт (Chabot, 1988).

Систематическая практика рефлексии профессионального опыта развивает внутренний диалог, создавая фигуру «внутреннего супервизора». Супервизант становится более самостоятельным и умелым в сознательно подходе к решению профессиональных задач. Он становится «наблюдателем-участником», «участвующим наблюдателем» (Shephard, 1967).

5. Следующий шаг – проблематизация. Это процесс постановки вопросов центральным темам и тем аспектам, которые не столь очевидны для супервизанта. Обучаясь проблематизации, супервизант развивает исследовательское мышление и навык, которое позволяет ему подвергать постулаты и эталоны, которых он придерживается, постоянному исследованию, сомнению и нарушению. Это позволяет ему развивать собственное понимание многих смыслов, которые могут быть отнесены к опыту и профессиональной задаче, и исследовать их влияние.

Стимулируя супервизанта в процессе проблематизации, супервизор помогает ему взглянуть на опыт и профессиональные задачи с другой точки зрения, перефразируя их и тем самым открывая другие перспективы для их решения.

6. Понимание и название. Вслед за проблематизацией следует «осознание», новое понимание. Открытия и инсайты должны быть названы. Это действие одно-

временно активное (называние чего-то изменяет это), и рефлексивное: наш выбор слов дает этому значение. На этом этапе супервизант придает значение своей рефлексии посредством концептуализации.

Деятельность «присвоения имен», «называния» оказывает важное направляющее влияние на выработку направления учебного процесса, который выбирает супервизант. Выбор, который он/она делает, чтобы выразить свои инсайты, свое понимание в словах, имеет важное *эвристическое* значение. Слово придает структуру идеям и чувствам, и каждый раз, когда мы называем вещи, мы структурируем наше сознание. Мы могли бы сказать, что слова, которые мы используем, «создают опыт» и направляют наше будущее поведение. (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06)

7. Последний шаг – обобщение. Обобщение заключается в том, чтобы описать нечто в общем, как видение и понимание сути (Van Parreren, 1983). Опыт, проблема пересматривается, расширяются и увязываются с другими случаями, ранее менее очевидными, и таким образом, весь опыт меняется. Более того, в ходе супервизии темы и инсайты, которые поначалу казались мало или вообще не имеющими отношения друг к другу, совпадают друг с другом: супервизанты могут дать название ключевым темам и паттернам, тем самым давая возможность сделать конкретные области объектом своего более целенаправленного и эффективного изучения посредством формулирования учебных потребностей и целей. (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06). Можно говорить, что в ходе супервизии, происходит ментальная перестройка супервизанта.

### **Путь выбора.**

Второй этап модели - путь выбора. На этом этапе супервизант может целенаправленно изменить свой способ решения профессиональных задач, развить свою компетенцию в их решении. Он основывается на том понимании, которое он получил на предыдущем этапе. Путь познания и путь выбора в реальности не линейны, они переплетены, и цикличны.

### **Воля как направляющая функция.**

Воля является важным направляющим элементом для изменений и интеграции (Rank, 1947; Assagioli, 1974). Это энергетический процесс, который приводится в движение сознательными мотивами (Юнг, 1977). Совершая раз за разом осознанные выборы, супервизант вырабатывает понимание своих намерений и действий. Супервизант учится работать для достижения цели.

Важность воли и функции выбора очевидна с точки зрения так называемой «функциональной школы социальной работы» и взглядов Джона Дьюи (1933), видного американского философа, психолога и реформатора образования. Хаан (Haan, 1975) рассматривает в соответствующей концепции супервизанта, как «главного действующего лица» гарантию от возникновения неоправданной зависимости супервизанта от супервизора.

### **Переход к речи режиссера.**

На этом этапе, соединяющем путь познания, с его описанием опыта, который ведет через рефлексию к инсайту, и действие Пути действия, речь супервизанта должна измениться и стать речью режиссера: «Я хочу вот этого...»; «Я намереваюсь сделать вот это...»; «Я собираюсь сделать вот это...».

Супервизор оказывает помощь супервизанту в исследовании действий, которые желательны для его профессионального функционирования и долгосрочного развития.

### **Путь действия.**

Третий этап – путь действия. На этом этапе принятое и мысленно подготовленное решение воплощается в профессиональных ситуациях, разрешая профессиональные задачи и требования. И не менее важным является способность действовать в реальных профессиональных ситуациях, переносить и воплощать там, то важное, что происходило на супервизиях. Луи ван Кассель приводит точные слова просветителя и философа Пауло Фрейре (1974) о том, что подлинная рефлексия приводит к действию.

Прежде чем перейти к действию, нужно продумать и подготовить самое действие. Супервизант может сформировать мысленный образ действия (Lindsay & Norman, 1977, pp. 412-415), прежде чем выполнить его. Поскольку это приближает действие к терминам мышления, это облегчает его преобразование на практике. Кроме того, это также позволяет взвесить возможные трудности, с которыми может столкнуться супервизант, и изучить последствия предполагаемого действия. Именно на этой основе принимается решение том, чтобы определенным образом перейти к действию. (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06).

Этот процесс, который можно назвать упреждающим действием, имеет свою теоретическую основу в российской когнитивной психологии обучения (Выготский, 1962). Внешнее действие («материальное действие») может быть преобразовано во внутреннее (умственное) действие процессом интериоризации. Интериоризация этой структуры действия является ключевым элементом в процессе обучения. С другой стороны, умственные действия также могут быть использованы для подготовки новых действий. Это можно определить как процесс «умственного эмпиризма» (De Groot, 1965). Результатом подготовки этого действия является то, что супервизант приходит к приобретению репертуаров поведения или умственных программ, которые можно рассматривать как предрасположенность к поведению (De Groot, 1978) и которые напоминают структуры действия (Van Parreren, 1983) или ментальные схемы (Norman and Rumelhart, 1975).

### **Циклическая динамика**

В процессе супервизии все три этапа модели не являются прямолинейными и последовательными, а образуют циклы - движение «туда-сюда», «взад и вперед», свойственное итеративному характеру процесса супервизии.

Супервизант проходит через эти три сектора как через этапы в учебном процессе супервизии, начиная с собственного недавнего профессионального опыта и завершая приобретением нового профессионального опыта, который формирует основу следующего учебного процесса супервизанта. (Louis van Kessel / kesselvan.l@hetnet.nl / Предпочтительный путь обучения в супервизии и его сопровождение. (представленные в виде модели) / Российский Вебинар-V-VI-VII / Глава V / 2018-09-06)

## **2. Анализ и рефлексия опыта проведения групповой программы «Основы мастерства: формирование внутреннего супервизора».**

Завершая обучение супервизии под руководством Луи ван Кесселя, мы с коллегой провели обучающую программу для практикующих психологов. Моя выпускная работа была посвящена осмыслению и рефлексии опыта проведения данной программы. Программа повышения квалификации «Основы мастерства: формирование внутреннего супервизора» была разработана моими коллегами Зайчиковой О.В., Плющевой О.А. и Погибенко Л.Б. в 2020 году после обучения в программе подготовки супервизоров. Программа обсуждалась и была принята в Государственном бюджетном учреждении «Московская служба психологической помощи населению».

К участию в программе приглашались психологи с опытом практической работы в психологическом консультировании, терапии не менее трех лет, имеющие консультативную практику. Программа проводилась на базе Московской службы психологической помощи населению, по окончании выдавалось удостоверение о повышении квалификации.

### **Описание программы.**

В программе реализована «философия» интегративного подхода в супервизии и использована калейдоскопическая модель супервизии Луи ван Кесселя.

Обучающий процесс в программе строится на индивидуальном подходе к каждому специалисту.

Принцип интеграции теоретических знаний с практическим опытом обеспечивает полноту и целостность профессиональной деятельности. Профессиональные знания, умения и навыки интегрируются с конкретными практическими ситуациями и текущими трудностями, с которыми специалист сталкивается в своей работе.

Основная форма обучения - супервизия консультативных случаев участников группы. Также используются упражнения по отработке навыков и групповые обсуждения.

Целью программы является развитие профессиональных и личностных качеств психолога-консультанта, необходимых для решения практических задач психологического консультирования, а также развитие навыков профессионального мышления и самооценивания, способствующих повышению качества консультативной деятельности.

Задачи, которые мы ставили перед собой, как ведущие программы:

- создание условий для выработки навыков рефлексии, осмысления и саморегуляции своей профессиональной деятельности;
- знакомство и освоение калейдоскопической модели супервизии, разработанной Луи ван Кесселем для принятия профессиональных решений;
- развитие и совершенствование профессиональной позиции, профессиональной идентичности и профессионального мастерства.

Программа повышения квалификации основана на компетентностном подходе в обучении. В результате освоения программы участник развивает способность и готовность к планированию деятельности и самостоятельной работе при оказании психологической помощи.

Предполагается развитие следующих компетенций:

- способность и готовность к консультативной деятельности: определение целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологи-

ческих, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик и в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития;

- способность выбирать и применять психологические технологии, позволяющие осуществлять решение новых задач в различных областях профессиональной практики;
- умение планировать деятельность и самостоятельную работу при оказании психологической помощи, учитывая факторы эффективности психотерапевтического процесса;
- умение применять способы саморегуляции и предотвращения синдрома профессионального выгорания специалиста.

Продолжительность программы 72 часа.

Форма проведения: очная/дистанционная.

Рекомендации по организации самостоятельной работы участников. Подготовка и представление случаев из практики консультирования для супервизии на групповых занятиях. После каждой встречи предлагается написание рефлексивного отклика. Разработан примерный формат рефлексивного отклика.

В рамках самостоятельной работы рекомендуется отработка навыков в малых интервизорских группах. Участникам предложена схема работы в интервизорской группе. В рамках самостоятельной работы для итоговой аттестации участники готовят эссе по случаю из практики, концептуализированному в калейдоскопической модели. На завершающем занятии участники представляют свое эссе в группе.

### **Анализ и рефлексия опыта проведения программы.**

В группе участвовали психологи, имеющие регулярную практику работы с клиентами. Наличие практики было основным условием участия в группе, так как работа в группе строилось на основе рефлексии практического опыта и представления случаев работы с клиентами на супервизию. Перед включением в группу проводилась предварительная встреча, на которой прояснялись ожидания специалиста, его профессиональный опыт. Опыт работы в психологическом консультировании и терапии участников был различный: опытные специалисты, со стажем работы более семи лет и начинающие психологи. Специалисты практикуют в разных терапевтических подходах. С нашей точки зрения, это является преимуществом, так как участники наблюдают, как коллеги справляются с профессиональными трудностями. Обнаружение общих трудностей на профессиональном пути, способствует снижению тревоги и укреплению профессионального самоощущения специалиста. Участники могут обнаружить сходства и различия подходов коллег со своим индивидуальным стилем работы. В группе постепенно складывается общая профессиональная система координат, отражающая требования профессии.

Таким образом, состав группы однородный по принадлежности к одной профессии и выполнению сходной деятельности, и, одновременно, разнородный, так как члены группы имеют разный опыт работы и практикуют в разных местах.

На первом занятии ведущие заключили устный контракт с группой, в котором проговаривались основные рамки работы группы:

1. количество встреч и расписание
2. объем самостоятельной работы участников

3. написание заключительного эссе
4. работа в малых интервизорских группах
5. правила работы в группе
6. структура встреч
7. презентация случаев и очередность
8. ответственность участников.

Под ответственностью участников мы понимаем следующее:

- соблюдение правил группы;
- присутствие;
- подготовка рефлексивных отчетов;
- готовность представлять свои случаи из практики консультирования и терапии;
- готовность включаться в групповое взаимодействие, делиться своими мыслями и чувствами;
- готовность давать обратную связь коллегам;
- готовность сосредотачиваться на своем учебном поведении и развитии;
- быть внимательными и уважительными к коллегам;
- демонстрировать в действиях надежность и доверие;
- создавать социальную обстановку совместного обучения.

В начале работы группы ведущие уделяли большое внимание созданию безопасного группового пространства, поддержке, принятию и безоценочному отношению к членам группы. Уделялось много внимания ожиданиям участников, их запросам и потребностям. В начальных проявлениях участников были заметны тревога, страх, осторожность, волнение, напряжение, когда приходилось говорить. Некоторые участники занимали отстраненную позицию, больше наблюдали за действиями других. Супервизия в наших российских сообществах часто бывает оценочной, порой, травматичной. Опытные специалисты, прошедшие не одну программу обучения, имеющие личную терапию, могут справиться с тревогой, а для начинающих психологов участие в супервизии бывает стрессовым событием.

Ведущие супервизоры замечая такие проявления, направляли усилия для создания безопасного пространства: замедляли процесс, повторяли структуру работы группы, правила группового взаимодействия, мягко вовлекали всех участников во взаимодействие, распределяя равномерно время между всеми участниками. Можно определить эти действия супервизоров, как интервенции на уровне структуры и процесса. Неторопливость, поддержка ведущих, предсказуемость этапов работы помогли включению участников в работу группы. Созданию отношений в группе помогали терапевтические интервенции супервизоров: эмпатическое понимание, безоценочность, доброжелательность и принятие. Знакомство с интегративным подходом, калейдоскопической моделью супервизии через привлечение профессионального опыта участников группы, включение в познавательную деятельность - можно назвать это интервенциями на интеллектуальном уровне – вызвали живой интерес участников и способствовали созданию продуктивной творческой работе. Конечно, все участники включались в работу группы по-разному, их адаптация отражала индивидуальные профессиональные и личностные особенности. Супервизоры обращали внимание на эти процессы, задавая вопросы, или давая обратную связь участнику и, тогда, индивидуальные процессы становились видимыми, появлялось понимание и возможность осознанных решений.

Приведу пример ситуации с одной из участниц группы. Для ведущих это была сложная ситуация, так как данная участница прошла половину программы и вышла из группы. На второй встрече участница при выполнении упражнения в малой группе была фрустрирована. Малые группы работали самостоятельно, супервизоры не присутствовали при этом. Когда малые группы вернулись в общий круг, и началось обсуждение, она выглядела напряженной, отстраненной, в обратной связи произнесла формальный текст, диссоциирующий с ее состоянием. Ведущие заметили ее изменившееся состояние, отметили это, но не побуждали участницу к высказываниям, давая возможность самой принять решение. Через пару дней была встреча в малой группе, и супервизоры задали ей вопрос о самоощущении. Она с готовностью начала описывать, что с ней произошло на последней групповой встрече, сообщив о своей сильной фрустрации, возникших воспоминаниях о событии в прошлом и о том, что ей пришлось обратиться к терапевту для нормализации состояния. Свою обратную связь она закончила благодарностью супервизорам, за то, что заметили произошедшее с ней. Сказав, что иначе, ей было бы трудно оставаться в группе. Супервизоры и участники малой группы бережно поддерживали ее. Участница выглядела воодушевленной, активно работала в этот день в группе. На следующей встрече в большой группе она сама кратко рассказала об этой ситуации».

На первый взгляд этот пример описывает, как участница справилась с ситуацией фрустрации. Если посмотреть внимательно, то можно предположить, что у участницы есть сложности с коммуникацией, с включением в групповую работу, она чувствует себя небезопасно, напряженно, держится отстраненно. Участнице сложно регулировать свои переживания и чувства (полюс «чувства»), это проявляется в ее поведении – отстраненная позиция, не включенность в группу, мало говорит («действия»). В прошлом имеется травмирующий опыт (личное Я). В группе основная задача – проявляться профессиональной частью (профессиональное Я), а участница, предположительно, не может опереться на нее, личные переживания выступают на передний план, профессиональных и личностных ресурсов не достаточно для того, чтобы справляться со сложными для нее ситуациями. И тогда она включается в группу через фрустрацию, ретравматизацию. Мысли участницы: «здесь опасно», «меня могут ранить» (полюс «мышление»). Адаптация в группе происходит не через профессиональное Я, а через личное Я. В малой группе у участницы меньше напряжения, она решает рассказать о произошедшей ситуации, получает поддержку, принятие супервизоров и коллег. Это действие поддерживает, укрепляет ее профессиональное Я, она действует в соответствии с принятыми нормами и правилами. Это действие меняет ее состояние, она воодушевляется и включается в работу. Пробует перенести этот опыт в большую группу, и у нее это получается. Мы предполагали, что участница осмыслила ситуацию и выбрала свой индивидуальный способ обучения и работы в группе, и она в процессе личной терапии. В дальнейшей работе наблюдался спад активности в группе (опоздания, избегание представления случая на супервизию), возврат к привычным схемам реагирования и действия. Участница завершает первую часть программы, но не возвращается в группу после летнего перерыва, не выходит на связь. А затем разрывает договор на обучение.

У супервизоров остается много вопросов и переживаний в связи с этим случаем, которые могут быть разрешены на супервизии. Каждый из участников супервизии по-своему выстраивает свой уникальный учебный процесс. Перед всеми членами группы стоит задача понять сходства и различия в их процессах и, соответственно, действовать в связи с этим надлежащим образом. Супервизоры учитывают различ-

ные процессы обучения каждого из участников группы, предлагают каждому из супервизантов соответствующую помощь и сопровождение.

К середине программы у ведущих появляется ощущение, что группа «сложилась», участники охотно представляют свои случаи на супервизию, участвуют в групповых обсуждениях, калейдоскопическая модель становится более понятной. Ведущие организуют супервизарский процесс с включением всех участников. Группа становится коллективным супервизором, использующим оптику калейдоскопической модели.

Супервизоры организуют супервизорский процесс, предлагая участникам группы выбирать определенные фокусы наблюдения (полюса модели).

Задача участников супервизии:

- замечать, обнаруживать феномены терапевтического взаимодействия в рассказе супервизанта;
- прояснять, задавать уточняющие вопросы из своего фокуса наблюдения;
- исследовать терапевтический случай, давать обратную связь, выдвигать гипотезы;
- искать сходства и отличия в своих профессиональных ситуациях.

Представляя свои случаи работы с клиентами, супервизанты демонстрируют различия. Это проявляется в подаче случая, в реакциях на свой опыт, в способах справиться с трудностями. Например, мы заметили, что терапевты, находящиеся на разных этапах профессионального развития по-разному представляют свои случаи. Менее опытные терапевты рассказывают с большим количеством подробностей и деталей, приводя примеры диалогов с клиентом. Заметно, что еще не выработан язык описания случая, схема концептуализации расплывчатая. Терапевт выглядит погруженным в описание, вовлеченным во взаимодействие с клиентом «там и тогда». Тревога терапевта мешает ясному видению, терапевт пытается справиться с ней путем отреагирования и выговаривания. В этом случае терапевту трудно простроить границу, разъединиться с тем, что происходило в клиентской сессии и занять рефлексивную позицию. Часто явным или скрытым запросом на супервизию является запрос на поддержку и одобрение, нормализацию своих действий. Более опытные терапевты могут занимать рефлексивную и аналитическую позиции, связывая и интегрируя внутри супервизии различные аспекты ситуации взаимодействия с клиентом.

Для ведущих было важно наблюдать, как постепенно группа становится тем местом, где участники могут опираться друг на друга, открыто выражать свои страхи и опасения. Обсуждать те вопросы из своей практики, которые раньше не решались озвучивать. Приведу выдержки из рефлексивных откликов участников группы.

- «Мне было важно пережить опыт работы супервизионной группы среди коллег. Хотя я волновалась, для меня открылись новые грани калейдоскопической модели. Сейчас ее она ассоциируется с кубиком Рубика, который собирается в процессе супервизии.»
- «...мой метод (КБТ) не учитывает многих моментов личности человека и психолога, и сейчас я нахожусь в некотором конфликте. Думаю, что я найду его разрешение.»
- «мне становится легче отделять разные зоны со своими клиентами, и я иногда работаю с клиентами с помощью калейдоскопической модели.»
- «...бывает непросто с клиентами, с их проблемами. Также непросто, когда противоречие сильное, но вместе с тем, появилась уверенность и понимание, что все специалисты с этим сталкиваются и это часть моей работы.»

- «...супервизия моего случая, где я, во-первых, нашла опоры для большей уверенности в своей компетентности, во-вторых, прояснила вилинг клиента, в-третьих, посмотрела на работу с новых ракурсов.»
- «очень важно изучать свою личность, находить свои ответы на жизненные вопросы (которых не требуют большинство других профессий, где можно быть специалистом, не отвечая на личностные вопросы);
- «сама группа – своего рода калейдоскоп, так как дает видение случая через разные «стекла» - личности участников супервизии».

В заключение хочу сказать, что опыт проведения обучающей группы был интересным и развивающим, он вдохновил меня написать выпускную работу. Я благодарна моей коллеге Зайчиковой О.В. за этот опыт, поддержку и сотрудничество. Это было творческое, вдохновляющее взаимодействие, с взаимным уважением. Порой мы наткнулись на разное понимание, видение, всегда давали друг другу возможность пояснить и прояснить позиции, и действовать своим способом. Мы раз за разом возвращались к текстам Луи ван Кесселя, вспоминали наши очные семинары, работу в интервизорских группах, все глубже и осмысленнее погружались в интегративный подход. В ходе ведения группы возникало много вопросов, заставлявших возвращаться к теоретическим основам супервизии, изучать, продумывать и применять на практике Я понимаю, что еще не раз буду возвращаться и осмысливать полученный опыт.

У меня много благодарности Луи ван Кесселю, познакомившему нас с интегративным подходом, Виктору Юрьевичу Меновщикову, организовавшему обучающую программу, моим коллегам, супервизантам, поддерживающим меня в моем развитии, как супревизора.

## **Литература**

1. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии.- М.: Издательство института психотерапии, 2003. – 223 с.
2. Ван Кессель Л. ANCE – Европейская ассоциация супервизоров: история, цели, задачи, 2019.
3. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора.
4. Залевский Г.В. Психологическая супервизия: учеб. пособие для студентов вузов / Г. В. Залевский ; Том. гос. ун-т Томск : ТМЛ-Пресс, 2010.
5. Кодекс этики и практики супервизоров британской ассоциации консультирования// Журнал практической психологии и психоанализа. - 2012, № 4.-С.45-46
6. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов. Санкт-Петербург, 2004.
7. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии: учебное пособие для психотерапевтов и медицинских психологов. – Спб.: Вита, 2004.
8. Питер Ховкинс и Робин Шохет. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Спб.: Речь. 2002
9. Щукина Ю.В. Значение супервизии в психотерапевтическом образовании (на примере обучения понимающей психотерапии)//Сибирский психологический журнал №30-2008 г.

10. Энтони Уильямс Вы-супервизор...Шестифокусная модель, роли и техники супервизии. М.:Независимая фирма «Класс», 2001.
11. Д. Якобс, П. Дэвис, Л. Мейер «Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования». – М., 2014.

# МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СУПЕРВИЗИЯ – РАЗНООБРАЗИЕ СФЕР ПРИМЕНЕНИЯ И ПРАКТИК

*Приходченко О.А.*

## **Отражение клиент-терапевтического взаимодействия в динамике полимодальной супервизионной группы**

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы динамики в полимодальной супервизионной группе. Выделяются важные аспекты динамического группового процесса на различных этапах рассмотрения супервизионного случая и группы в целом. Приводятся примеры интерпретаций динамики рассмотренных кейсов. Статья основана на практическом опыте работы супервизионных групп, а также использует материал дидактических разборов авторской программы подготовки супервизоров «Супервизия в работе специалистов помогающих профессий. Интегративный подход» О.А. Приходченко.

Супервизия - один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психотерапии и психологии, являющийся важным механизмом развития компетенций. [6].

Психологическая супервизия - профессиональное наставничество с целью обеспечения и повышения качества психологической деятельности (текст законопроекта о психологической деятельности от апреля 2024)

Полимодальная супервизионная группа работает в целях повышения эффективности практики участников группы и разрешения затруднений специалистов в работе с клиентами. Группа имеет правила, структуру и этапы работы. Завершающим этапом работы группы является интерпретация супервизором динамической ситуации, наблюдаемой в группе на протяжении рассмотрения супервизионного случая [8; 11].

Необходимость интерпретации связана, во-первых, с необходимостью утилизации неосознанных членами группы процессов, которых влияют на групповую ситуацию и работоспособность участников, а во-вторых с тем, что в динамике отражается важная информация о кейсе, зачастую та, которую невозможно уловить только в фокусах внимания, вне динамических процессов.

Согласно представлениям об «отраженном» или параллельном процессе, происходит повторение динамики клиент-терапевт в отношениях супервизируемый-супервизор. [6].

Отслеживание параллелинга в процессе супервизии способствует развитию динамики отношений между супервизором и супервизируемым и продвигает последнего в понимании того, что происходит между ним и его клиентом, что, в свою очередь, способствует повышению качества психотерапевтической помощи [1; 6; 10].

Обнаружение параллельных процессов и их интерпретация, т.е. присвоение дополнительного смысла, ценного с точки зрения супервизируемого кейса, помогает вывести бессознательные процессы на осознанный уровень. В групповом формате в параллельный процесс вносят вклад все участники группы, втягиваясь в искаженные паттерны коммуникации и образуя сложное переплетение, отражающее внутриличностную динамику участников процесса [2; 10; 13].

Наблюдение и интерпретация динамики может вызвать сложности у начинающих специалистов ввиду отсутствия опыта.

**Цель статьи:** показать возможные направления внимания супервизора при наблюдении за динамикой и варианты интерпретации полученного в ходе наблюдения материала.

Ниже приведены примеры из анализа кейсов учебных, интервизионных и профессиональных супервизионных групп. Приведенный перечень не является исчерпывающим и не может быть автоматически распространен на другие случаи. Все интерпретации рассматриваются с опорой на реальность, с точки зрения конкретного клиента и его взаимодействия с терапевтом. В разных случаях причины развития той или иной динамики будут разными, в настоящей статье нет цели рассмотреть все возможные причины.

Автор программы подготовки супервизоров «Супервизия в работе специалистов помогающих профессий. Интегративный подход» О.А. Приходченко предлагает анализировать динамические процессы применительно к этапам работы группы, фактически в хронологическом порядке, различая процессы внутри каждого этапа.

Для того, чтобы такой принцип интерпретации динамики был возможен, в первую очередь рассмотрим те процессы, которые необходимо анализировать

### **Динамические процессы**

#### ***Отношения между внешним и внутренним кругом***

Количество участников в полимодальной супервизионной группе может быть разным. Чаще всего рабочий состав группы составляет около 25 – 32 человек. При рассмотрении кейса формируются два круга участников. Внутренний непосредственно работает со случаем, а участники внешнего находятся в роли наблюдателей и только иногда имеют возможность задать вопрос или высказаться. Условно считается, что внутренний круг отражает терапевта и его профессиональную позицию, а внешний круг больше идентифицируется с клиентом, его чувствами и процессами, а также с клиентской системой [1; 6; 12; 13]. Также в чувствах и реакциях участников внешнего круга может «отразиться» то, что не осознается в терапевтическом процессе.

Часто мы видим собранный, активно и вовлеченно работающий внутренний круг, и сопереживающий, чувствующий внешний, что интерпретируется как достаточный уровень доверия клиента к специалисту и выстроенный терапевтический контакт.

Во внешнем круге может быть и чрезмерно много чувств, энергии, параллельной активности, агрессии, в онлайн может начаться обсуждение в чате. Такая высокая активность внешнего круга может иллюстрировать клиентские процессы, говорить о потребности клиента в том, чтобы его заметили, обнаружили его вытесненные части. Иногда такая динамика выплескивается за пределы рассмотрения кейса, вызывая обсуждение после завершения формальных этапов супервизии. Внутренний круг при этом может быть пассивен и растерян, отражая ситуативную растерянность специалиста. В этом случае супервизору важно поддерживать ведением участников внутреннего круга, «собрать» коллег и помочь в осознании происходящих процессов.

Изолированная динамика кругов может указывать на наличие полюсов у клиента или специалиста, и можно рекомендовать специалисту обратить внимание на свои чувства по отношению к клиенту с точки зрения обнаружения там агрессии или иного аффекта.

Отвлечение участников внешнего круга можно интерпретировать как желание выйти из контакта, и предположить, что в психике клиента есть непереносимое, очень болезненное содержание, вследствие соприкосновения с которым или клиент, или терапевт также хотят прервать контакт, могут обнаружиться шизоидные проявления.

Желание кого-то из внешнего круга прорваться во внутренний может быть связано с отражением отщепленной части клиента.

По выражениям лиц и позам участников внешнего круга можно обнаружить некоторые особенности клиента, например, депрессивный фон, что может оказаться важным, если в контексте кейса вопросы депрессии не поднимаются. Иногда в невербальных проявлениях участников внешнего круга проявляются отрицаемые, или даже табуированные эмоции терапевта по отношению к клиенту (например, презрение).

### ***Проявление специалиста, предоставляющего случай для супервизионного рассмотрения***

В полимодальной супервизии специалист, предоставляющий случай для рассмотрения группой хорошо защищен форматом, что дает ему возможность проявляться спонтанно, и демонстрировать не только профессиональную сторону своей работы, но и невербально, паравербально отражать особенности клиента. Зачастую с первых фраз супервизанта меняется тембр голоса, поза, появляются новые лексические обороты в речи, транслируются чувства, а также новые, нехарактерные для самого терапевта паттерны поведения в отношении других участников группы. Проявления клиента через поведение терапевта на группе могут быть более или менее очевидны, но уловить их бывает важно как для разрешения затруднения, с которым обратился супервизант, так и для ответа на осознанный запрос специалиста.

### ***Психологические защиты и сопротивление в группе***

В супервизионном процессе можно наблюдать проявления психологических защит и сопротивления [1; 2; 6; 9; 13]. Группа может защищаться от содержания психики клиента таким же способом, каким защищается или повторять защиты клиента.

Например, когда группа обходит стороной какие-то темы, это может говорить о вытеснении. Потеря у участников способности формулировать вопросы и гипотезы свидетельствует о регрессе. Через засыпание и выпадение может проявляться изоляция аффекта. Высокий уровень абстракции, разговор о методах и стратегиях указывают на использование интеллектуализации. Оправдательная, оборонительная позиция специалиста может говорить об ожидании оценки и использовании рационализации. Можно увидеть проявления и других защит.

Сопротивление терапии вызывают бессознательные процессы, мешающие изменениям [9]. Специалист на супервизии также испытывает сопротивление, которое может быть связано как с ним самим, так и с его невольной идентификацией с клиентом. Сопротивление специалиста может проявляться в очень детальном рассказе о клиенте, в невозможности сформулировать запрос, в виде большой тревоги и др. [8].

В группе сопротивление может проявляться разными способами, например, через агрессию по отношению к супервизору (нарушение границ, затягивание времени, опоздания, шум, телефоны, вход и выход участников, переговаривание, несоблюдение иерархии) [8].

### ***Контакт супервизора и супервизируемого***

Особенности контакта супервизируемого и супервизора, супервизируемого и группы могут дать информацию о клиент-терапевтическом взаимодействии.

Теплое, поддерживающее взаимодействие, забота супервизора и участников внутреннего круга о супервизанте, в сочетании с регрессом, последнего может говорить о материнском переносе и комплиментарном контрпереносе у специалиста.

Совместный регресс специалиста и супервизора, кроме прочего, может быть связан с влиянием некоторой третьей фигуры, которая сама уходит в регресс и тем самым влияет на клиента. Специалист может воспринять эту фигуру в контрпереносе [9] и передать это супервизору.

Нападение группы на супервизируемого может быть следствием идентификации членов группы с атакующими частями клиента, проявлениями триангуляции.

Элементы агрессивного взаимодействия между супервизором и специалистом говорят о необходимости обратить внимание терапевта на возможность агрессивного отношения к клиенту, осознать ее, прояснить источники.

Если супервизор проявляет большую активность, то это может означать, что мотивация терапевта к работе выше, чем у клиента, а также может быть проявлением навязывания границ. Высокая скорость супервизируемого по сравнению с супервизором может быть проявлением агрессии и попыткой захвата власти.

Отношения супервизируемого и супервизора могут динамически развиваться в процессе супервизии, например, от страха до идеализации или наоборот, что может являться клиентской динамикой и проявлением защиты идеализация-обесценивание.

### ***Соблюдение границ супервизии***

Правила и структура супервизионной группы непосредственно связаны с понятием психологических границ [1; 7; 9] и направлены на обеспечение безопасности участников процесса. Вопросы соблюдения или нарушения границ в супервизионной группе рассматриваются с точки зрения отражения динамики взаимодействия клиента и терапевта, а также их личностных и социальных границ. В зависимости от кейса границы группы нарушаются в большей или меньшей степени, и их пролапс необходимо вывести на осознанный уровень.

Как показывает практика, чем более нарушен клиент [3; 4], представляемый на супервизию, тем больше нарушений границ наблюдается в группе. Большое количество вариантов нарушений может свидетельствовать о том, что психика клиента (пациента) состоит из интроектов больше, чем из самостоятельного материала. В подобных случаях супервизор уже может рекомендовать более глубокую диагностику клиента, работу по восстановлению его идентичности [5] и более тщательную работу с границами в терапии. Однако стоит помнить, что границы терапевтической (консультативной) системы определяются не только особенностями личности клиента, но и терапевтом. Поэтому в интерпретации этого процесса необходимо понять насколько устойчива терапевтическая позиция супервизируемого, и насколько умело он управляет своими границами в зависимости от целей и задач терапии.

Примеры нарушения границ: затягивание времени начала; формирование внутреннего круга слишком большого или наоборот; нарушение границ времени; отвлечение участников; плавающие границы внутреннего круга при онлайн работе; попытки участников помогать супервизору; спонтанное отключение участников онлайн-группы; вопросы с утверждениями; превышение количества вопросов; вступление в диалог; оценочные высказывания и избыточное одобрение или несогласие

с действиями терапевта участниками; высказывания не по запросу, а также другие нарушения правил группы.

### ***Ведение группы супервизором***

Управление группой супервизором может говорить, как о его персональном стиле или навыке, так и об отражении динамики случая. Если опытному супервизору субъективно сложно удержать управление, то, вероятно, что специалисту при работе с клиентом сложно удержаться в терапевтической позиции и управлять процессом.

Много данных для анализа можно получить при наблюдении за контролем времени и распределением власти в супервизии.

Передача функции контроля времени третьему лицу (если это не является привычным в данной группе) может говорить о признаках расщепления как у клиента, так и у терапевта. Передача контроля времени третьему лицу может говорить о наличии участника клиентской системы, который отслеживает процесс терапии. Если мотивом передачи контроля времени третьему лицу является желание позаботиться о супервизоре, то, возможно, терапевт теряет терапевтическую позицию, либо клиент проявляет паттерны, свидетельствующие о его парентификации. Отказ специалиста от распределения времени вообще может быть признаком психотических проявлений клиента (пациента). Хотя, это может быть также отражением модели, модальности супервизанта.

Чрезмерная медленность специалиста может быть проявлением клиента в нем, свидетельством регресса клиента и детского способа захвата власти. Перехват инициативы супервизантом может говорить о попытках клиента контролировать процесс, что свидетельствует о высоком уровне тревоги клиента и его потребности в дополнительных уровнях безопасности. Нарушение иерархии и взятие на себя части функций супервизора кем-то из участников может говорить о конкуренции или чем-то сопротивлении.

Авторитарное, даже агрессивное ведение супервизором группы, не связанное с его личным стилем или отношением к супервизанту, может быть связана с высокой степенью нарушенности представляемого клиента и необходимостью жестко выдерживать границы; агрессия супервизора в этом случае позволяет сохранить работоспособность группы. Но может быть и отражением агрессивных внутренних структур клиента или терапевта.

### ***Общие для группы проявления***

Для сохранения рабочего потенциала группы важно отследить и обнаружить что-то общего, что наблюдалось в проявлениях группы и было характерно для всей группы или для большинства ее участников. [8].

Несколько примеров: засыпание; скука; преобладание какой-то эмоции; внимательное слушание, бережность; стремление к нарушению границ; осторожность; возбуждение; напряжение; регресс; нетипичная реакция группы, которая часто может быть следствием идентификации участников с клиентом или проявлением заражения аффектом специалиста.

### ***Динамические процессы внутри этапов работы группы***

#### ***Предварительный этап***

Предварительный этап включает в себя: озвучивание правил группы, представление участников, выбор случая, формирование внутреннего круга и распределе-

ние времени. Некоторые супервизоры и участники супервизионных групп соотносят свои ощущения, переживания, мысли и эмоции во время «настройки» на участие в группе с представляемым после кейсом, называя это «предпереносом», прогнозируя, таким образом, о чем будет случай.

Мы будем считать, что динамическая ситуация развивается с первых секунд формирования групповой ситуации, но основное ее развитие мы анализируем чаще начиная с процесса выбора случая.

Если случай долго не появляется, с точки зрения кейса может быть связана с тем, что клиенту страшно проявляться, и группа выступает в роли агрессивного, критикующего или пугающего объекта, а также может говорить о нарциссическом страхе терапевта. Обратная ситуация, возникновение конкуренции между участниками группы за случай, может говорить о наличии конкурентных отношений в кейсе. Внимание можно обратить на силу и интенсивность конкурентной динамики, между кем и кем она разыгралась и то, как она была утилизирована.

Важным динамическим моментом является процесс формирования внутреннего круга, символически отражающего позицию терапевта [1; 6]. Сложности с его формированием могут указывать на сложности с удержанием терапевтической позиции специалистом. Супервизант может отказаться от формирования внутреннего круга (при наличии объективной возможности его сформировать) и предложить участвовать в обсуждении всем желающим. В большинстве просмотренных случаях при такой позиции специалистами были представлены случаи клиентов с пограничным уровнем организации психики. [3; 4]. Для супервизора в начале его практики работа без четкого выделения внутреннего круга может восприниматься, как отсутствие опоры. Возможно, что и у терапевта терапевтическая позиция тоже нарушена или есть проблемы с границами в терапевтической системе.

В контексте случая интересным может оказаться соотношение мужчин и женщин во внутреннем круге в гетерогенных группах и следующие аспекты: активность участников на этапах вопросов и высказываний; преобладание или вытеснение кого-то; кто-то может всегда быть первым или последним; кто-то может не успеть высказаться или задать вопрос.

Этап распределения времени специалистом тоже может дать информацию для анализа динамики. Например, много времени на презентацию и мало на вопросы может демонстрировать элемент контроля, тревоги и потребности клиента быть увиденным с одной стороны, и желания терапевта защитить свою работу, не показывать её открыто и полно, с другой стороны. Небольшое количество времени на презентацию может указывать на скрытность клиента и его потребность к повышенной активности терапевта в их взаимодействии, а также на недооценку сложности проблематики клиента специалистом. Мало времени на вопросы и малое количество разрешенных вопросов могут говорить о тревоге, о потребности в защите, а также о проявлении агрессии.

На динамику влияют этапы развития самой группы. Чем моложе группа, тем больший вклад в динамическую ситуацию переживаний самих участников. В стабильно работающей группе больше доверия, меньше потребности во включении естественных психологических защит участников, и нечто несказанное, невербальное имеет к кейсу больше отношения. С другой стороны, в постоянно действующей закрытой группе возможно более интенсивное действие переносов на супервизора и (или) участников друг на друга, что также может приводить к искажению отражения клиента в динамике.

### ***Этап презентации случая***

На этом этапе целесообразно обратить внимание на проявления, свидетельствующие о том, что через терапевта начал проявляться клиент. Супервизируемый на этом этапе является центральной фигурой, но не стоит забывать об остальных участниках, невербальные и паравербальные проявления которых могут дать информацию о скрытых бессознательных процессах.

Разница в проявлениях специалиста на предварительном этапе и этапе презентации (смена темпа речи, манеры говорить, интонаций, тембра голоса, поведения, позы) говорит о переключении в параллельный процесс, указывающий на то, что в супервизии незримо появился его клиент. Запинающаяся речь, сбивчивость специалиста во время презентации может оказаться отражением фрагментарности клиента, наличия большого количества интроектов, невозможности клиента сконцентрироваться на одной теме, удержаться в запросе, а также может быть проявлением сопротивления специалиста или его клиента.

Несоответствие стиля подачи и содержательного компонента во время рассказа может говорить о внутреннем расколе клиента, о расщеплении, амбивалентности, противоречии, внутреннем конфликте, сокрытии клиентом части значимой информации. Спонтанное предоставление случая обычно дает много эмоциональной, невербальной информации. Чересчур эмоциональный рассказ о клиенте указывает на возможное слияние терапевта с клиентом, его высокую включенность, но может быть и проявлением клиента через специалиста.

Явные и неожиданные проявления регресса у специалиста указывают на проявление «внутреннего ребенка» в профессиональной сфере, и важно в контексте случая определить, чья это внутренняя фигура, какой произошел перенос и контрперенос во взаимодействии клиента с терапевтом [9].

Очень тихая речь специалиста во время презентации может быть проявлением пассивной агрессии к группе, и, вероятно, клиента к терапевту.

Очень быстрый темп речи специалиста по время презентации, как правило, говорит о том, что он хочет сказать много и чего-то не сказать, что является неумышленным сокрытием какой-то важной информации, которая транслируется невербально.

### ***Этап формирования запроса***

При уточнении запроса уже разворачивается диалог группы со специалистом, в процессе которого возникает множество нюансов, связанных с проявлениями как специалиста, так и его клиента.

Теоретизированный запрос специалиста, запрос с использованием терминов, предложение гипотез относительно своего состояния могут быть выражением защиты в форме интеллектуализации. Такие запросы часто инициируют вопросы и высказывания высокого уровня абстракции. При этом под озвученным запросом находится неосознанный запрос, который может оказаться частично терапевтическим. Вероятно, что у терапевта идет смешение ролей. Почувствовать более глубокий уровень запроса и считать потребность специалиста одна из главных задач супервизора.

Сложность с формированием запроса у специалиста, а также негативные формулировки запроса могут говорить о том, что самому клиенту сложно понять, чего он хочет.

Пересказывание специалиста с запроса на запрос может быть проявлением клиента и его способа управления контактом.

Потребность сформировать запрос специалиста на группе может выпадать, когда клиент не способен сформировать запрос и удерживать его.

Формальный, неуточненный запрос, принятый группой, может говорить о некоторой степени регресса участников и быть отражением динамики взаимодействия клиента и терапевта, нежеланием кого-то углубляться в процессе, в том числе нежеланием терапевта работать с клиентом. Может говорить о пассивной роли терапевта, о нежелании взять власть в работе с этим клиентом, о сопротивлении формирования терапевтической позиции и неосознанном контрпереносе [5].

### ***Этап вопросов***

В целом этап вопросов может быть активным или пассивным, агрессивным или бережным, вопросы могут быть разнообразными или концентрированными вокруг одной темы или фокуса. Все эти моменты могут оказаться важными с точки зрения клиентского случая, особенно когда этот процесс не типичен для группы.

Пассивность и слабая включенность участников может быть признаком регресса группы, заражения участников группы чувствами клиента или чувствами специалиста, может быть вызвана тревогой и опасениями относительно каких-то тем.

Агрессивность в задавании вопроса бывает связана как с идентификацией некоторых участников группы с агрессивной частью клиента, и может говорить о сложности контактирования клиента со своей агрессией, об использовании им проективной идентификации в контакте со специалистом [9]. Также в такой форме может быть отражено отношение терапевта к клиенту.

Специалист во время ответов на вопросы может проявлять себя по-разному. Формальные ответы на вопросы по сути означают сокрытие. Продолжительные ответы на короткие вопросы могут демонстрировать потребность специалиста или его клиента в защите от какой-то части информации или быть проявлением агрессии. Самочувствие специалиста во время ответов на вопросы может быть похоже на самочувствие клиента во время сессии.

По окончании этапа вопросов специалист повторяет запрос, что является опорной точкой для группы и позволяет избежать фантазирования на тему запроса. Запрос может измениться, и важно понять причину и направление изменения.

### ***Этап высказываний***

В целом этап высказываний может быть активным или пассивным, по запросу или с отклонениями от запроса, с соблюдением регламента или с его нарушением, мозаичным или целостным, полным или однобоким, бережным, сочувствующим или агрессивным и др. Если клиент достаточно сохранный, и регресс группы минимален, то участники внутреннего круга высказываются обычно профессионально и комплиментарно.

Мозаичность высказываний может говорить о нарушениях идентичности и неустойчивости границ ядра личности клиента [5]. Высокая поляризованность высказываний, наличие противоположных взглядов на предъявленный случай может свидетельствовать о жестком внутреннем конфликте у клиента, о наличии властных или агрессивных интроектов. Полиморфизм или диморфизм в высказываниях часто является признаком расщепления у клиента.

Высказывания участников группы могут быть разными по длительности. Можно предположить, что длинные высказывания скрывают неточности этапа диагностики. Вероятно, что запрос клиента сформулирован нечетко, а запрос специалиста об-

ширен или недостаточно уточнен, и это вызывает у участников потребность сказать много.

Когда члены группы активно делятся чувствами вне запроса, это может указывать на переполненность клиента непереносимыми чувствами, которые не выражаются на сессиях, но которые могут влиять на профессиональную идентичность терапевта. Также это может говорить об элементах отыгрывания. [9].

Интересна динамика, связанная с проявлениями агрессии в группе, которая зачастую бывает скрытой, пассивной и может принадлежать разным участникам процесса. В интерпретации важно из контекста случая попытаться понять, кому принадлежат агрессивные проявления.

Много сочувствия и поддержки в высказываниях участников может говорить о наличии уязвимой части специалиста или клиента. Возможно, что терапевт в контрпереносе чувствует то же самое, что и участники группы. Можно предположить наличие тяжелых чувств в кейсе и зависимость кого-то из участников от оценки, наличия запроса специалиста на поддержку.

Обратная связь специалиста обычно бывает краткой, и, с точки зрения динамики не столь заметна. Иногда специалист в обратной связи может озвучить дополнительный запрос, что является агрессивным действием по отношению к группе, которое может говорить и о клиенте. Само по себе появление следующего запроса после решения предыдущего является закономерным.

### **Заключение**

Наблюдение динамики супервизионной группы дает супервизору огромный объем дополнительной информации, касающейся клиент-терапевтического взаимодействия в супервизируемом кейсе. Важно не только замечать динамику, но и пытаться увидеть за ней скрытую информацию, относящуюся к случаю, что достигается путем накопления достаточного опыта, и является большим шагом к профессиональному росту психолога и психотерапевта. Также важно, чтобы супервизор не только наблюдал динамику в группе, но и направлял ее с целью разрешения затруднения специалиста.

### **Литература:**

1. Бусыгина Н. П., Силкин А. И. Параллельный процесс в супервизии: история понятия и объяснительные модели. Консультативная психология и психотерапия. – 2015. - №5. - С.182–204.
2. Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: Практика в поиске теории – М.: Когито-Центр, 2006. – 352с.
3. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. – М.: Класс, 2014. – 464с.
4. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные расстройства. – СПб.: Питер, 2010. – 400 с.
5. Короленко Ц. П. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство. Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Новосибирский гос. пед. ун-т», «Новосибирский гос. мед. ун-т Росздрави». - Новосибирск, 2007. - 468 с.
6. Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии – [б. м.]: Издательские решения, 2022. – 240 с.

7. Лях И.В. Полимодальная супервизия: практика для практиков // Семья в XXI веке: материалы международного экспертного симпозиума (28.11.2013 – 2.12.2013 г.) – Новосибирск: Изд-во Манускрипт, 2013. – С. 65- 72.
8. Лях И. В. Полимодальная групповая супервизия: основы интерпретации динамических процессов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://supervis.ru/articles/lyakh-i-v-polimodalnaya-grupповaya-superviziya-osnovy-interpretacii-dinamicheskikh>. Дата обращения: 02.09.2024.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе – М.: Независимая фирма «Класс», 2021. – 592с.
10. Притц А., Выкоукаль Э. Групповой психоанализ. Теория - техника - применения - М.: Издательство «VERTE», 2009. - 504 с.
11. Садыкова А.Ж. Специфика динамических процессов в работе супервизионной группы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://supervis.ru/articles/sadykova-azh-specifika-dinamicheskikh-processov-v-rabote-supervizionnoy-gruppe>. Дата обращения: 02.09.2024.
12. Уильямс Э. Вы – супервизор: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 288 с.
13. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.

## Супервизии в образовательном пространстве как инструмент профилактики жестокого обращения с несовершеннолетними

**Аннотация:** Статья посвящена проблеме жестокого обращения с подростками и необходимости комплексного подхода к ее решению. Описываются ключевые аспекты, через которые супервизия может способствовать профилактике насилия. В частности, статья акцентирует внимание на практике проведения супервизионных встреч, организованных в Республике Хакасия с 2023 года, которые становятся важной платформой для обмена опытом и методами работы в области защиты подростков.

Жестокое обращение с подростками – это многоаспектная проблема, которая требует комплексного подхода к решению. Подростковый возраст является особенно уязвимым периодом, когда молодежь сталкивается с различными стрессами, давлением со стороны сверстников и, в некоторых случаях, насилием в семье или обществе. Педагоги, работающие в образовательных учреждениях, часто находятся в уникальном положении, позволяющем им выявлять ранние признаки насилия или жестокого обращения, а также предоставлять детям поддержку и защиту. В этом контексте супервизия в образовательном процессе становится важным инструментом, который может оказать значительное влияние на снижение случаев жестокого обращения и создание безопасной образовательной среды.

Понимание жестокого обращения с несовершеннолетними. Жестокое обращение с детьми включает физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, а также пренебрежение нуждами ребенка. Эти формы насилия могут иметь серьезные последствия для психического и физического здоровья детей и их будущего. Основные проявления жестокого обращения могут включать:

1. Физические травмы – это нанесение телесных повреждений, физических увечий.
2. Эмоциональная травма. Психологическое насилие, проявляющееся в виде унижений, оскорблений, манипуляции, запугивания или игнорирования.
3. Сексуальное насилие. Неприемлемые физические контакты или эксплуатация.
4. Пренебрежение нуждами. Невозможность или нежелание обеспечить базовые потребности несовершеннолетнего в питании, жилье, образовании и медицинской помощи.

Подростки, ставшие жертвами насилия, могут испытывать долговременные психологические и физические травмы, а также могут иметь трудности в социальном взаимодействии и учебе.

Супервизия может оказывать значительное влияние на профилактику жестокого обращения с несовершеннолетними через несколько ключевых аспектов:

1. Обучение и осведомленность. Супервизия предоставляет возможность педагогу получать информацию о признаках жестокого обращения и эффективных методах его предотвращения. Учителя могут обсуждать сценарии, связанные

с жестоким обращением, что повышает их способность реагировать на такие ситуации.

2. Поддержка и эмоциональная рефлексия. Педагоги имеют возможность делиться своими переживаниями и эмоциями, связанными с работой с подростками, которые могут подвергаться жестокому обращению. Это обсуждение позволяет избежать профессионального выгорания и стресса, вызванного эмоциональной нагрузкой.
3. Создание командного подхода. Супервизия способствует формированию коллективной ответственности среди педагогов за безопасность подростков. Обсуждение конкретных случаев в условиях группы помогает выработать совместные стратегии вмешательства и поддержки.
4. Улучшение коммуникации. Открытые дискуссии в рамках супервизии способствуют улучшению коммуникации между педагогами и администрацией образовательного учреждения, а также между педагогами и подростками. Это, в свою очередь, создает более доверительную атмосферу, в которой подростки могут сообщать о случаях жестокого обращения.
5. Разработка интервенционных стратегий. В процессе супервизии могут разрабатываться и обсуждаться планы действий для педагогов в случае выявления жестокого обращения. Это включает взаимодействие с психологами, социальными службами и другими специалистами, что усиливает поддержку подростков.

В Республике Хакасия с 2023 года организована и осуществляется практика по проведению руководителем Республиканской службы психологической помощи «Единый социальный телефон» супервизионных встреч с педагогическими работниками образовательных учреждений. Данная форма работы набирает популярность, предоставляя педагогам уникальную возможность для профессионального роста.

Супервизионные встречи с педагогами в Хакасии имеют несколько ключевых целей: во-первых, создание платформы для обмена успешными методами и практиками среди педагогов образовательных организаций, позволяющей найти эффективные подходы к обучению и воспитанию учащихся. Во-вторых, обсуждение актуальных проблем и вызовов, с которыми сталкиваются учителя, а также поиск способов их решения, что, в свою очередь, способствует повышению квалификации педагогов. В-третьих, командное взаимодействие, то есть формирование команды единомышленников, способных поддерживать друг друга в профессиональной деятельности и делиться полезной информацией.

Формат и содержание встреч. Площадкой для проведения супервизий, в большинстве случаев, выступает Хакасский институт развития образования и повышения квалификации педагогов. Работа выстраивается в групповом формате с разбором кейсов: участники представляют реальные примеры из своей практики, обсуждают их и совместно вырабатывают рекомендации по улучшению ситуации. Опытные педагоги зачастую демонстрируют примеры эффективных приемов из собственного практического опыта, которые можно применять в работе с несовершеннолетними.

Итогом каждой встречи бесценно служит обратная связь. Каждый присутствующий получает возможность получить конструктивную обратную связь от коллег по своим методам работы, что способствует их профессиональному развитию.

Практически за два года работы в этом направлении, наблюдается динамика улучшения качества взаимодействия, оптимизации эмоционального состояния су-

первизируемых. Иными словами, повышение уровня сотрудничества и поддержки между педагогами может способствовать более здоровой образовательной среде, возможность обсуждать проблемы и получать поддержку от коллег помогает снизить уровень стресса и предотвратить профессиональное выгорание у педагогов.

Супервизия в образовательном процессе является мощным инструментом профилактики жестокого обращения с несовершеннолетними. Она помогает повышать осведомленность педагогов, развивать навыки вмешательства, а также создавать поддерживающую среду, которая способствует выявлению проблем и предоставлению необходимой помощи детям. Внедрение супервизии в практику образовательных учреждений может значительно улучшить качество учебного процесса и защиту прав детей, способствуя их безопасному развитию и благополучию.

## **Двойственная природа супервизорской практики: поддержка и фрустрация, реальность и действительность, личное творчество и наука**

В ходе профессионального роста терапевт с неизбежностью сталкивается с неоднозначной новой фигурой супервизора. Во всех устоявшихся школах роль личного обучающего терапевта и супервизора строго разделены. Обе эти позиции поддерживают в обучающемся дух подхода, развитие профессиональных качеств и углубление в методы.

Есть существенное различие: личный терапевт занят больше всего внутренней субъективной реальностью будущего терапевта, его личностными смыслами, мотивацией. На супервизора возложена трудная задача объективизации терапевта в его деятельности. Задачей супервизора является развитие профессионального, терапевтического мышления специалиста. Фокусом внимания супервизора является в большей степени действительность самого клиента. Супервизор и терапевт вместе создают более глубокую реальность случая, описывая ее в понятийном поле подхода. Поэтому научная основа для профессиональной супервизии является абсолютно необходимой.

Какие знания должны быть представлены у супервизора? Какие знания можно предлагать, а какие необходимо передавать супервизанту? Как доносить супервизанту, что у него существует необходимость в дополнении личной терапии для развития качества работы?

Сам супервизор должен хорошо понимать ограничения свои и своего подхода. А как он может к этому прийти? Это круг вопросов, ответы на которые в рамках интегративной супервизии для детских терапевтов будут освещены в сообщении.

Детские психотерапевты постоянно работают в ситуации регрессии и часто находятся в ситуации непосредственного физического взаимодействия, учебная личная терапия детских психотерапевтов, разработанная в интегративном подходе (Петцольд, Цимприх, Локтинова, Симоненко), учитывает эти особые обстоятельства. Как постоянно заниматься регрессией, но при этом оставаться взрослым человеком и частью своей взрослой личности стабилизировать регрессировавшую часть вне терапевтической ситуации? Это не всегда легко! Терапевт в ходе обучения должен прочувствовать истоки своих собственных неврозов и/или научиться справляться с ними, "понять свои переживания и смыслы настолько, чтобы быть способным к "искреннему, любящему контакту" и адекватно передавать свои чувства и настроение. В учебной личной терапии родительская и взрослая часть бывают бесполезны, больше всего поддерживается самопроявление детской части. От того, насколько был полезен, ресурсен и целителен обучающий терапевт для раскрытия детских переживаний, опыта взаимодействия с различными активизирующими детский опыт техниками и средствами зависит качество подготовки детского психотерапевта.

Есть существенное различие: личный терапевт занят больше всего внутренней субъективной реальностью будущего терапевта, его личностными смыслами, мотивацией. Из личной терапии для детского терапевта выходит взрослый с достаточно

ожившей детской частью, которая задорно рвется к большим задачам. На супервизора возложена трудная задача объективизации терапевта в его деятельности. Задачей супервизора является развитие профессионального, терапевтического мышления специалиста. Супервизия является одной из форм профессиональной стабилизации, ведь перенос, вызванный борьбой с внутренним родителем, или интересом внутреннего ребенка терапевта, или просто попадание в сильный резонанс в детских чувствах ведет к непростым переживаниям беспомощность и или захваченности аффектом.

Эвристичным для описания деятельности супервизора представляется философское разделение Реальности и Действительности. Которое в понимании автора статьи восходит к Хайдеггеру. Реальность - то, что есть, вообще все что фактически существует. Действительность это то, что ДЕЙСТВУЕТ на человека, в нашем случае клиента, в случае детской терапии на ребенка и на его терапевта.

Супервизия – это Усиление действенности подхода. Проявление и терапевтические ценности. Чистота методов. Усиление действующих факторов терапии и стабилизирующий практику поддерживающий процесс.

Учебная терапия	Супервизия
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На первом месте целей учебной терапии – получить личный опыт, который будет помогать терапевту в его работе.</li> <li>2. Фокус внимания терапевта на внутренней действительности. Стопроцентная поддержка. Допускается регресс, например в виде эгоцентризма, для развития переживания эмпатии, импульсивность и спонтанность для развития «резонирующего» тела.</li> <li>3. Работа с регрессом используется для укрепления здоровых личностных начал будущего терапевта: за счет пэринга для дефицитов и репэринга для конфликтных травматических отчужденных репрезентаций (в смысле Ш. Ференци). происходит восстановление авторства и диалога эмоциональной и рациональной частей, повышается Эмоциональная дифференциация в смысле Боуэна. <i>Терапевт не интерпретирует и не обозначает регресс</i>, он является частью терапевтических отношений. Так же и стабилизация регрессировавшей части является частью терапевтических отношений.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цель супервизии помочь эффективной терапии</li> <li>2. Фокус внимания супервизора – в действительности ребенка через действительность присутствия на сессии терапевта. Но очень часто супервизор сталкивается не с линзой микроскопа подхода в руках ученика, а с зеркалом, которое показывает отражение терапевта 12. Ребенка никак не удастся рассмотреть, тогда приходится снова вернуться к внутренней действительности терапевта, его внутренним процессам..</li> <li>3. Супервизор ждет включенной и управляемой регрессии как источника информации о действительности ребенка, как элемента феноменологического понимания. Супервизор не работает с регрессом в привычном для личной терапии смысле, но исследует последствия неуправляемой регрессии или переносов, основанных на избегании резонанса с детскими чувствами, для феноменологического понимания и даже, что нередко, для терапии. Он может обозначать регресс, не как интерпретацию, но подсвечивая комплекс личных чувств. Это фрустрирует обучающегося терапевта, как бы бережно это не было сделано.</li> </ol>

Учебная терапия	Супервизия
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-а Активизация телесной памяти, обращенной в детство.</li> <li>• 3-б Поддержка тех техник, средств, активностей, игрушек и игр, которые глубоко привлекательны для обучающегося.</li> <li>• 3-в Исследования собственных ресурсов.</li> <li>• 3-с Любое интуитивное личное творчество поощряются</li> </ul> <p>4. Необязательно глубоко и объемно погружаться в понятийное поле подхода.</p>	<p>4. Погружение в понятийное поле подхода помогает стабилизировать состояние супервизанда. Он так же начинает лучше понимать процессы, происходившие в его личной терапии. Нередко снова обращается к личной терапии.</p>

К моменту завершения психотерапевтического обучения предполагается, что на терапевта непосредственно и прямо действует ребенок в его действительности, и терапевтическая позиция, а не его личные ментальные схемы, ценности, установки-Фокус внимания личного терапевта – личная действительность будущего терапевта.

Фокусом внимания супервизора является действительность клиента этого терапевта и действительность реализации терапевтического подхода в терапевте.

Например, интегративный подход является феноменологическим, это значит, что обязательно существует этап «Эпохе», вынесения за скобки всех «действующих знаний, интерпретаций, убеждений», этап открытости и наблюдения до момента самоочевидного понимания некоторой существенной действительности клиента. Это особенно подходит к детской терапии, поскольку именно такая процедура позволяет открыть личностный смысл ребенка и вступить с ним в диалог на его уровне. На уровне ребенка это ведет к переживанию: «Меня принимают, меня понимают, я понял, я понял сам себя». «Я, как терапевт, предоставляю себя ребенку, чтобы вместе с ним конструировать смыслы». Х. Петцольд. Супервизору в первую очередь нужно убедиться, что данные, которые приносит терапевт, приносят именно действительность ребенка, что, и что терапевт строит терапевтические интервенции, опираясь на феноменологическую процедуру, замыкает феноменологический цикл понимания.

На втором этапе супервизии к самоочевидной реальности в обязательном порядке добавляется понимание нормы и нарушения, понимание динамики возрастного развития и задач возрастного развития. Это обязательное экспертное знание детского терапевта.

Цель интегративной детской терапии – содействие процессу развития. Ребенку в его развитии нужна поддержка. интрапсихическим процессам созревания для их протекания нужна “содействующая развитию среда”. Терапевтические цели, а также выведенные из анализа жизненного мира долгосрочные стратегии, безусловно строятся на основании антропологических, личностно-ориентированных концепций и положений теории развития.

Например, это может быть следующий список:

Э.Эриксон. на какой оси возникает нарушение

1. Доверие-недоверие
2. Стыд-автономия
3. Вина-инициатива
4. Неполноценность-компетентность
5. Диффузная идентичность-сформированная идентичность

Теория объектных отношений: какие внутренние объекты, степень их сформированности, дифференциации, каждый автор дает свою деталь, например Винникот: истинное-Я, ложное-Я, переходное пространство; Маргарет Малер – процессы сепарации или ориентация на потребности матери; теория привязанности – тип привязанности надежная, неуверенно-амбивалентная, симбиотическая, тревожно-избегающая или дезорганизующая привязанность.

Теория развития самости и ее функций по Стерну особенно продуктивна для детских терапевтов в части Ядерной и Интерсубъективной самости:

1. Ощущение себя с целостными телесными границами. Деление пространства на близкое и далекое
2. Созидательность самости-способность вызывать изменение, действовать, обладать намерением
3. Аффективность-ощущение упорядоченных внутренних чувств, обладающих разными качественными характеристиками, наличие аффектов и желаний
4. Ощущение продолжительности, повторения не изменяющихся событий и тех же самых чувств (ведет к переживанию продолжения себя во времени)
5. Возможность дифференциации на своих-чужих, близких-далгих

Интерсубъективная соотнесенность

- есть ли моменты «понимать» и «быть понятым»
- понимание и подтверждение чувств, намерений

Вербальная соотнесенность – связана ли история своего Я (где-то к 4-м годам, связывает ли ребенок прошлое, настоящее, будущее)

- Роджерс, Маслоу – опыт принятости, Скиннер Бандура – опыты научения
- Лук Чомпи - аффективная логика
- Гештальттерапия: типы прерывания в цикле контакта, превалирующие типы защит, незакрытые «гештальты» родителей
- Рихтер: переход от теории бессознательного к системным представлениям. В какой части самости родителя вынужденно участвует ребенок

Семейная система

1. Реализованы ли три основные родительские позиции
2. Существует ли процесс отделения-отпускания
3. Как ребенок включен в триаду
4. Характер границ в семье, какая роль симптома у ребенка как стабилизатора СС

**Результаты исследований факторов резильентности (эластичности, жизнестойкости), внешние и внутренние.**

Все призмы ранних теорий развития и личности будут полезны, дарить открытия и интегрироваться в новые смыслы, если качественно прожит этап один. Чем лучше супервизант осуществляет первый этап, тем более точную и полезную информацию он предоставляет для использования периодизаций развития в разных моделях развития личности, чтобы понять фокусы лечебного воздействия. И теперь он сам по-новому присваивает материал теорий развития, превращая знания в силу, пробуя теории на релевантность своей практике. Только после сбора данных в новый информационный образ (диагностики) мы можем перейти к этапу интервенций –

третьему этапу. Это вторая большая группа запросов, с которыми приходят в супервизию. Все без исключения студенты с удовольствием занимаются этапом 2, но без первого этапа он не дает возможности действовать.

На этапе 3 мы добавляем межперсональный фокус интеграции. Чего недостает ребенку? «Какие дефициты можно обнаружить в его жизненном мире?», «Что необходимо предоставить (развернуть) в терапевтическом контакте?» создания *“зоны ближайшего развития”*) в том месте, где ее нет, где очевидны *дефициты, конфликты, травмы* жизненного мира ребенка. Без наличия соответствующей мета-теоретической точки зрения мы не смогли бы ответить на эти вопросы. С другой стороны, без анализа действующей карты местности и «возможного» для семьи ребенка ответы из теории ничего не решают.

Найти практические интервенции, которые позволяют различные социальные миры адаптировать друг к другу – самая трудная, но в тоже время самая важная задача детской терапии. Она безусловно не будет успешной, если терапевт попытается воспитательную стратегию родительского дома заменить на воспитательные ценности собственного подхода и своего социального мира посредством семейно-терапевтических интервенций.

По личному опыту в начале работы супервизорских групп запрос супервизантов относится сразу к этапу 2, или к этапу 3 \_я сделал то, то и то, что делать теперь? и этап 1 их фрустрирует. Зрелые супервизии все больше концентрируются на этапе 1.

## Литература

1. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / пер. с англ. – М. : Когито-центр, 2012.
2. Локтионова А.В., Цимприх В. Интегративная (Интрапсихическая – Интерперсональная – Системная) психотерапия младенцев, детей, подростков/ Воронеж: Издательский дом ВГУ, 2016
3. Петцольд И. Рамин Г, Интегративная терапия с детьми/ пер. с нем из Школы детской терапии (1987, 1991) – М.: ИИДППП Генезис 2024
4. Симоненко И. А. Системно-генетическая интегративная модель психотерапии ребенка с психосоматическим расстройством: дис. ... д-ра психол. наук / И. А. Симоненко.
5. Стерн Д. Межличностный мир ребенка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д. Стерн. – СПб. : Восточно-европейский институт психоанализа, 2006.
6. Ференци Шандор. Психоанализ детей применительно ко взрослым / Шандор Ференци // Тело и подсознание (1919–1933) : сб. статей. – М. : Nota Bene, 2003а. – С. 421–443.
7. Хайдеггер М. Бытие и время /пер. с нем. -Харьков: «Фолио», 2003

## Трудная работа сострадания - источники силы детского психотерапевта (по материалам супервизии практики)

*«Сострадание - форма уважительного выражения своего сопереживания другому»  
Утомление от сострадания (compassion fatigue) - это усталость от сочувствия.*

Основанием для создания текста данной статьи является мой опыт работы в качестве супервизора психологов и психотерапевтов, студентов Института интегративной детской психотерапии «Генезис», обучающихся и практикующих в парадигме интегративного подхода в детской психотерапии. Данный текст является некоторым образом результатом моих размышлений на тему анализа трудностей, которые возникают в процессе психотерапевтической работы с ребёнком и его окружением. Об этом я рассказывала на конференции института «Генезис» в июне 2021. Работа над статьей шла нелегко, мне пришлось вспомнить встречи с отдельными случаями в индивидуальном и групповом формате супервизий, и я хочу выразить искреннюю благодарность всем своим супервизантам за замечательный опыт, который я получила в работе с их случаями. В процессе супервизии, при совместном исследовании конкретных случаев нам было важно обнаружить **возможные причины возникающих у психотерапевтов трудностей, и улучшить самопонимание практики и понимание природы собственных действий, укрепить собственные опоры.**

Я обратилась к текстам К. Роджерса, и, перечитывая их, вновь подтвердила для себя понимание условий здорового развития самости. Самость развивается только в отношениях, когда все переживания ассимилируются по отношению к самости ребёнка, и тогда они становятся частью ее структуры, появляется тенденция к усилению ее опор. Поведение становится более спонтанным, выражение отношений - менее охраняемым, так как самость принимает эти отношения и само поведение как часть себя.

К.Роджерс считал, что 4 условия важны для поддержания развития подлинной самости:

- «эмпатия»,
- «забота»,
- «конгруэнтность»,
- «психологический климат.

Выпускникам и студентам института «Генезис» достаточно хорошо знакома тёплая и искренняя поддерживающая атмосфера наших обучающихся семинаров, которая предполагает не только субъективное переживание и ощущения направленной на них заботы, но и обучение собственно полноценной модели создания эмпатического контакта между участниками группы. Чтобы далее устраивать в практике отношения с ребёнком и его окружением, применяя именно эту модель. Одновременно,

именно при избыточном исполнении только условия эмпатии или заботы по отношению к клиенту, сам по себе, являясь недостаточно конгруэнтным, детский психотерапевт порой обнаруживает появление признаков «усталости от сострадания».

Мы в нашей психотерапевтической работе регулярно используем свою личность как главный рабочий инструмент. «Достаточно хорошее» для самости ребёнка качество терапевтического альянса предполагает эмпатическое качество контакта и непрерывное эмоциональное участие, «этику неравнодушной ответственности» (Х.Петцольд). Психотерапевт чаще всего переживает безусловную положительную оценку по отношению к своему клиенту, проявляет сердечность, расположение, уважение, симпатию, принятие и др. Неизбежно, в какие-то моменты практики, особенно в кризисные времена, с отдельными клиентами и/или их родителями, психотерапевты обнаруживают возникновение у себя фрустрированности/застылости/ «раненности», чувство уныния от отсутствия динамики, переживание собственной неуспешности или бессилия, ощущают себя слишком уставшими, иногда истощенными, беспомощными или страдающими. Речь идет не о синдроме выгорания, скорее, пользуясь метафорой «психотерапевтического горения» Мюллера (Müller, 1994, S.18), речь идёт о последствиях психотерапевтического энтузиазма / идеализма («возгорания») Или об «утомлении состраданием».

В такие моменты нам важно обратиться к смыслу и ценности происходящего для нашей собственной самости, вернуть себе ощущение безопасности, надежности внутренних и внешних границ, целостности, непрерывности, интегрировать трудное событие в собственную историю через диалог с другим и с самим собой. Это возможно, только если психотерапевт научился заботиться о себе, если он может принимать себя таким, какой он есть, и быть честным с собой. Если он может с любовью относиться к себе, к другим людям и ко всему, что его окружает. В соотнесённом диалоге на психотерапевтической супервизии, когда энергия прибывает в витальности, творчестве, игре, «радости экспериментирования», юморе и живости чувств, мы обнаруживаем значительный ресурс для таких изменений.

Детскому психотерапевту важно вложить в сотрудничество с ребёнком и его родителем множество энергии и собственных ресурсов (времени, внимания, дисциплины, ответственности, зрелости, эмоциональной регуляции, способности принимать решения и следовать им). Поскольку ребёнок является в значительной степени зависимым от родителя, значительная часть усилий терапевта направлена на установление альянса с родителем.

Для меня очевидно, что чаще «утомление» психотерапевта связано с работой именно с родителями. И позиция терапевта в «трудных случаях» часто оказывается параллельна позиции «трудного родителя»: «Я хотел изменений в ребёнке – и вдруг узнаю, что предполагаются и мои изменения тоже, и я растерян(/испугался/застыдился/почувствовал вину), не понимаю, куда двигаться дальше» («детская позиция беспомощности/поиска опоры у авторитетной фигуры), либо: «Ожидаемые изменения не происходят ( в моих глазах)/ не соответствуют моим усилиям, и я удерживаю напряжение/гнев, переживаю страх отвержения.»

Часто терапевт активно ищет помощи, предьявляя запрос на работу со «сложным родителем» и, как будто бы, одновременно, «отказывается» принимать ее, подобно маме ребенка-клиента. Задавая вопрос «что с этим делать», он уже часто готов объяснить, почему это «невозможно» или рассказать, что он уже это «пробовал, и не помогло».

Обращаясь за помощью к психологу или психотерапевту, особенно если это происходит в кризисные времена, родители ожидают быстрых и значительных изменений ситуации, перемен в состоянии и в поведении ребёнка, что вполне объяснимо. Чаще всего, родитель перегружен, истощён неудачными попытками справиться самостоятельно, и, в следствие этого, сам очень нуждается во внимании и поддержке и сопереживании. Родители довольно часто с облегчением, готовы «передать ребёнка специалисту для исправления», и нам важно увидеть и принять их, в том числе, в их нежелании меняться самим. Один из моих учителей, известный питерский детский психотерапевт Э.Г. Эйдемиллер называл эту родительскую позицию «сдать в ремонт стоптанный башмак». И, пожалуй, одна из первых трудностей, которая ведёт к «утомлению состраданием», особенно у начинающих психотерапевтов, это «боязнь разочаровать родителей клиента». Это фрустрация терапевта, которая происходит из-за значительного сочувствия и сострадания родителю и ребёнку, часто возникает из желания следовать активному и настойчивому родительскому запросу без прояснения потребностей ребёнка( игнорируется его автономия и границы). Иногда психотерапевт хочет как можно лучше справиться с терапевтической задачей сам (конкурентная позиция с родителями), или не осознаёт свои чувства и реакции на «дефицитарного родителя», испытывает напряжение в ответ на родительскую «передачу ответственности» за ребёнка, гнев на низкую мотивацию родителя или на его негативную оценку результатов терапии. И при этом внешне терапевт остаётся как будто бы эмпатичным, переполняя свой эмоциональный контейнер и утомляясь от ложного self.

Если терапевтические «результаты» не соответствует ожиданиям родителя, и терапевт этого «не замечает», то позиция терапевта явно или завуалированно будет обесцениваться родителем. И тогда эмпатичный и много вкладывающий в работу с ребёнком терапевт проявляет признаки «утомления» Родитель может, собственно, реально быть не мотивированным, уставшим, переносить запланированные встречи с ребёнком, или навязчиво требовать внимания от терапевта, нарушать границы контракта и сеттинга (например, интенсивная переписка вне времени сеанса, просьбы дать рекомендации в повторяющихся вне сеанса обращениях к терапевту) или игнорировать рекомендации, да и просто прекращать терапию ребёнка без объяснений. Терапевт, даже осознанно переживая сильные негативные чувства, испытывает затруднения в установлении ясных границ сеттинга, открытое предъявление своих чувств считает отказом от эмпатической позиции.

Мне представляется очень важным в рабочем альянсе с родителем делиться и обсуждать, выдерживать, принимать их чувства в связи с процессом терапии ребёнка. Родителям важно разьяснять свою терапевтическую модель и происходящие в процессе терапии изменения, рассматривая родителя как союзника или «ко-терапевта», поддерживающего силы и опоры самости ребенка, при этом признающего право ребёнка быть тем, кто он есть. Признавать автономии родительских мнений с их мотивами, возможностями ограничениями, как и свои.

Собственно признание сложной ситуации родителя, обнаружение того что помогает ему выдерживать это «трудное», принятие и разделение его чувств, в первом же диалоге, и ясное описание ресурса интегративного подхода, как постепенного процесса совместного создания условий для изменений, часто снимает напряжение как в детско-родительских отношениях, так и в отношениях родителя со специалистом, препятствуя развитию утомления последнего.

Наш интегративный подход позволяет чётко выделять 3 основные функции родителя ( защита, ведение/предоставление моделей, сепарация) Именно возможность совместно взглянуть на то, что помогает родителю выдерживать трудное- ресурсы, исследовать эти родительские функции , обнаруживать совместно дефициты , вместе обсудить то, что важно дополнить и изменить , создаёт основы диалога и предупреждает утомление состраданием. Нам необходимо с первой же встречи продемонстрировать заказчику психотерапии – родителю особенности сил самости его ребёнка и позитивные изменения, которые происходят с ним. Для этого можно в партнёрской позиции использовать проективные рисуночные методики, расстановки на доске, сцено, тест Вартега, шкалы обратной связи, анкетирование родителей, предлагать домашние задания, направленные на фиксацию изменений.

Эмпатическое понимание, безоценочное принятие и конгруэнтность терапевта часто понимается как необходимые и достаточные условия терапевтических изменений клиента

Большая часть работы с детьми связана именно с помощью в проживании актуальных для ребенка историй и интеграции пережитого в них опыта. Часто на супервизию детские психотерапевты выносят случаи работы с детьми и подростками, которые из раза в раз повторяют игровую ситуацию по одному и тому же сценарию, лишь немного модифицируя ее. Психотерапевт видит себя обычно свидетелем работы переживания ребёнка, и создаёт условия для выражения чувств, эмпатично следуя за потребностями ребёнка. При этом психотерапевту бывает сложно увидеть себя в качестве адресата этой истории, в которой ребенок, возможно, пытается что-то «сообщить» лично психотерапевту о нем самом. Повторяющийся сюжет, как и не конгруэнтные реакции ребёнка на терапевта, можно рассмотреть, как послание терапевту реагировать на него таким же образом, как ребёнок когда-то уже пережил, когда значимые другие в похожем тематическом контексте уже реагировали так на него, или же как он сам реагировал когда-то перед лицом значимых других. В этом случае для ребёнка-клиента повторяется «первичная сцена», в которой он не отвечал ожиданиям важных (для него) других и из-за этого чувствовал себя непринятым. Терапевту так же важно не только следовать за ребёнком, сопереживая ему, но и следовать потребностям своей самости, включаться в игру с пробными предложениями, как если бы исследовалась «зона ближайшего развития» такой игры. Именно персональный отклик, собственная свобода по отношению к происходящему интенция, активность и живая эмоциональная реакция, вовлеченность и сопереживание оказываются наиболее продвигающими процесс терапии и упреждают «усталость» терапевта. Дж. Бьюдженталь называл это «быть живым» – принимать свой внутренний мир, доверять ему, находиться с ним в диалоге и даже отстаивать в контакте свое право на самовыражение.

В связи с динамикой утомления специалиста важно так же обратить внимание на отдельные фиксированные дисфункциональные роли самого детского терапевта в континууме от беспомощной позиции до «нарциссического покровительства» Довольно часто последняя предъясняется в модификации «всемогущего спасателя», «великой матери» «сверх отзывчивого/безотказного помощника. В свою очередь, ролевая позиция беспомощности обслуживает области дефицитарной межперсональной самости самого терапевта и так же скрывает страх некомпетентности и отсутствие аутентичного контакта. Чаще подобные фиксированные роли обнаруживаются в связи с собственными не исследованными в терапии дефицитами или сценарными дисфункциональными ролями в опыте жизни самих терапевтов (классический при-

мер- «алкогольная» родительская семья терапевта и сценарий спасателя», или опыт травмы насилия) Начинающие практику психологи иногда претендуют на позицию «хорошей матери», вступая в явную или скрытую конкуренцию с родителями. Это часто ведет к разрыву терапевтического альянса. В нашем интегративном подходе мы ищем хороший рабочий альянс с родителем, сотрудничество, принимая и разделяя его трудные чувства и встречаясь с незавершенными гештальтами его детской истории соединяя «там-и-тогда» со «здесь-и-сейчас» поддерживая функцию союза за сотрудничество во благо ребёнка

### **Опоры психотерапевта, на которые хотелось бы обратить внимание**

1. Хорошо организованное «место для терапевтических отношений» включает не только и не столько отдельную специально подготовленную к приёму территорию кабинета специалиста, так же и организационные аспекты терапевтических отношений: организация сессинга с ясными границами безопасного места и точного времени, обсуждение специфических условий безопасности именно для этого ребёнка- клиента, условия устного контракта /внесения изменений в него, оговаривание контекста доступности терапевта вне сессий
2. Достижения и обсуждение собственных критериев эффективности: как психотерапевт сам оценивает свою работу, в каком случае считает ее успешной, как он определяет потребность клиента, какую ставит перед собой терапевтическую цель, и является ли она реалистичной в контексте жизненной ситуации ребёнка/подростка и его окружения.

*Я часто задаю на супервизии вопросы упражнения Харве Леминг «что особенно хорошо удалось в сессии, в контакте, в отношениях, где испытал радость, как обнаружил ее и вознаградил себя, как интегрировал свой хороший опыт, что получается, какие успехи, прогресс в работе видит сам специалист. Знание о том, что чувства, в том числе, негативные, бессилие и опустошенность не являются уникальными, тоже помогают терапевту справиться с собственной утомлением, тревогой и опасениями относительно своей компетентности.*

3. О своих потребностях и чувствах в терапии «радостная настроенность\_» - фактор надежды
4. Надёжный рабочий альянс, контакт и контракт
5. Сеть профессиональных связей, поддержка сообщества
6. Планирование и перспективы развития

### **Литература**

1. Hilarion Petzold, Gabriele Ramin(Hrsg.) «Schulen der Kindertherapie» 1987/1991
2. Bruno Metzmacher, Hilarion Petzold, Helmut Zaepfel(Hrsg.) «Praxis der integration Kindertherapie»(t.l-ii) 1991
3. Ван Дерцен «Повседневные тайны», пер с англ. Минск 2012
4. Гари Йонтеф М. В поисках зеркала живого себя. Осознание диалогового процесса Когито, 2019
5. Мерло-Понти М. «Феноменология восприятия» СПб: Ювента, Наука 1999

6. Микаел Балинт «Базисный дефект», терапевтические аспекты регрессии) (библиотека психоанализа) Когито - центр, 2002
7. Стерн Д. «Момент настоящего в психотерапии и повседневной жизни» Издательство Добросвет, 2018

## **Супервизия организационных систем: проявление, диагностика и коррекция травматика в решении бизнес задач управленца**

**Аннотация:** В профессиональной деятельности руководитель в системе управления, так или иначе, сталкивается с человеческим фактором, который накладывает большой отпечаток на саму деятельность и её результативность. Супервизия руководителя - это неотъемлемая часть профессиональной деятельности, способная минимизировать риски организации и обеспечить её устойчивое развитие.

Сам руководитель/управленец смещает и переносит свои психологические особенности и стиль поведения на сотрудников организации. Деятельность носит окрас и контекст личных динамик руководителя. В статье обсуждаются причины и признаки, по которым можно определить, что и как смещает руководитель на деятельность, исходя из своего личного травмирующего опыта. А также даются рекомендации возможной корректировки этого.

**Ключевые слова:** Травма организации; деятельность; травмирующий опыт; управленец; руководитель;

### **Постановка проблемы**

Основная деятельность руководителя организации состоит в том, чтоб выстроить систему, состоящую из элементов и простроить эффективные взаимосвязи между этими элементами для осуществления продуктивной и стабильной деятельности данной организации. Это происходит посредством коммуникации, как во внутреннем контуре организации, так и во внешнем. Руководитель является формирующим и связующим элементом как внутреннего, так и внешнего контура взаимодействия.

В случае диагностики и коррекции как личных динамик руководителя, так и структуры и организации компании, супервизия является одним из главных механизмов и процессов, необходимых для настройки, подстройки и коррекции как организационной деятельности, так и личных динамик руководителя.

Выбор той или иной деятельности определяется чаще всего средой воспитания и формирования человека. Именно эта среда и повлияла на выбор сферы деятельности, заложила интерес к данной деятельности и определенные поведенческие паттерны управленца. Личность руководителя, его стиль и особенности коммуникации будут непосредственно, порой неосознанно, оказывать влияние, как в формировании организации, команды, так и в управлении ею, а также накладывать свой отпечаток на развитие данной структуры. Управленец является камертоном, на который настраивается вся организация. Потому как проявляется организация на рынке можно судить о её руководителе, и наоборот. Коммуникация с руководителем позволяет достаточно точно судить об организации. А взаимодействие с внутренней структурой организации позволяет определить портрет управленца. Именно поэтому психологические травмы руководителя так или иначе сформированные в период его становления будут ярко влиять как на саму систему, так и на взаимодействие этой системы с внешним контуром и другими системами. Влияние травматического

опыта руководителя неосознанно накладывает свой отпечаток на деятельность организации. Перенесённая травма в любом возрасте даёт о себе знать и активируется при подходящих или похожих условиях. Неосознанно на поддержание травматике уходит внимание и ресурсы человека. Чаще всего именно неопознанная травма является причиной проблем в организации. Также можно обратить внимание на такой аспект, как «травма организации» или «травма бизнеса» может быть травмирован тот или иной отдел в организации. Организация, как и личность руководителя, может иметь симптомы, которые можно обнаружить через системное видение феноменов в организации. Травма организации, это перегрузка системы негативным опытом, от которого она не может отойти и вернуться в изначальное состояние силы. Когда прошлые связи разрушены, а новые не удаётся создать по причине прошлого травмирующего опыта. Если система способна вернуться в предыдущее состояние после негативного опыта, то это стресс или турбулентность для организации, а не травма. Травма всегда системна. Последствия травмы – это разорванные связи: с коллегами, с целью организации, с внешним миром и другими элементами организации. В этой статье я делаю больше акцент на травматiku руководителя и/или управленца.

### **Цель статьи**

Показать управленцу/руководителю причины и признаки травматике в деятельности. Дать возможные направления корректировки этого для оптимизации деятельности и превентивных методов сохранения устойчивого развития организации. Предупредить и предохранить управленца от выгорания через осознанное понимание и нейтрализацию травматического опыта. Показать эффективные инструменты супервизии для оптимизации деятельности и предотвращения рисков.

### **Изложение основного материала исследования**

#### ***Проявление травматического опыта руководителя в деятельности***

Каждый руководитель имеет свой неповторимый стиль управления, который складывается на основании многофакторного влияния на руководителя в период его становления. Что это за факторы, которые влияют на стиль управления руководителя:

- Семья и условия воспитания, жизнеобеспечения, в которых формировалась личность руководителя. Это не только родительская семья. Это родовые сценарии и те условия, в которых сформирована система убеждений.
- Образование и способы усвоения знаний. Мотивация к обучению и то состояние, которое формируется от процессов, связанных с обучением.
- Уровень зрелости руководителя, который зависит от сформированных структур мозга, влияющих на модель мышления и стратегическое видение.
- Учителя и те люди/книги, которые повлияли на мировоззрение и становление руководителя, и явились образом с точки зрения деятельности и жизненных ориентиров.

Исходя из факторов, влияющих на стиль управления руководителя, можно наблюдать проявление травматического опыта через стиль управления. Не всегда травматический опыт негативно сказывается в деятельности организации. Например, трудолюбие – это результат травмы и как компенсация перенесённого психологически тяжелого опыта, на который нет возможности смотреть. Этот опыт в данном случае вытесняется несбалансированной жизнедеятельностью в сторону увеличения дея-

тельности. С точки зрения системы – это благоприятное обстоятельство, так как фокус руководителя в систему максимальный. Но с точки зрения самого руководителя этот дисбаланс может приводить к выгоранию и не ресурсному состоянию руководителя. Что, в конечном счете, пагубно влияет и на организационную систему.

Как происходит формирование убеждений, мировоззрения и возникает интерес к той или иной деятельности:

Как уже было выше сказано, на выбор той или иной деятельности, а также на стиль и поведенческие паттерны большое влияние оказывает семья и родовые сценарии. Развитие личности, формирование мозга и первичное знакомство с мироустройством происходят в семье. И от того, какие были отношения в семье и условия, в которых воспитывался человек, зависит и его картина мира. Это, несомненно, сказывается в выборе деятельности и стиле управления.

### ***Определение травмы***

Психическая травма это сильное потрясение, страх, ужас или чувство беспомощности вследствие события, угрожающего физической/психической целостности человека или его близкого. То, что он пережил, переходит границы обыденного опыта. Психическая травма возникает вследствие таких спонтанных событий, как стихийные бедствия, несчастные случаи на производстве, внезапная болезнь, внезапная потеря близкого человека, дорожно-транспортное происшествие, а также намеренно совершаемых человеком: насилие, сексуальное домогательство, изнасилование, пытки, лишение свободы. Есть такое понятие как травма свидетеля. Это люди, которые не сами пережили весь ужас ситуации, а были этому свидетелем. Динамики травмы так просто не исчезают и зачастую переходят в посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР [1]

Посттравматическое симптомное расстройство может проявиться как сразу после травмы, так и спустя много лет после травмирующего события. Чаще всего такое расстройство психики может приводить к депрессиям, тревожным состояниям, паническим атакам, аддикции (зависимостям), суицидальному поведению, агрессивности. По данным исследований, ПТСР у женщин может усилить предрасположенность к развитию посттравматических симптомов у её будущих детей, в том числе на уровне экспрессии генов. В этом случае мы можем наблюдать родовые сценарии, повторяющиеся из поколения в поколения.

### ***Классификация травмы***

- Моно-травма: хроническая (повторяющаяся, пролонгированная, серийная или каскадная);
- Травма, полученная от людей, считается наиболее сильной по степени эмоционального заряда;
- Травма, полученная не от людей;

Чаще всего травматический опыт настолько вытеснен и не осознаваем, что управленец не просто не хочет смотреть в эту сторону, но и всех тех, кто так или иначе указывает наличие травмы или проблемы игнорирует и становится в оборонительную позицию. Отсюда и первый признак в стиле управления, указывающий на травматику – повышенная эмоциональность руководителя в контексте деятельности с элементами агрессии. Как только наблюдается в рабочем процессе раздражительность, излишняя эмоциональность, агрессивность, как крайняя форма эмоциональности –

это указатель на травматический опыт, который пережил управленец чаще всего в детстве или в другие периоды своего становления. Возможно, таким образом, с ним обращались, когда он занимался учебной или другой деятельностью и такой стереотип поведения зафиксировался как норма.

В период развития человека происходит образование нейронных связей мозга, отвечающих за оценку воспринимаемого образа и обратную связь. Если такая связь сформировалась в результате сильной стресс реакции с выбросом адреналина, то формируются так называемые акцентуированные локусы латентной активации. Другими словами – фиксированная устойчивая связь, требующая той эмоциональной среды, при которой она была образована. Это отвечает на вопрос, почему даже очень осознанный руководитель не может противостоять своим эмоциональным реакциям, которые проявляются в определённых условиях, по определённому сценарию. В разных психотерапевтических подходах существуют технологии, по которым возможно диагностировать и нейтрализовать такую нейронную связь, формируя новую, более конструктивную. На мой взгляд, это базовая задача в организации, решение которой перераспределяет как фокус внимания, так и энергетический потенциал системы. Отдельным образом необходимо обращать внимание и на тот исторический опыт организации, который часто несёт в себе травму. Эта травма может не быть связана с руководителем, но оказывать влияние на систему.

Второй немаловажный аспект, который проявляет травмику руководителя, это отношение в компании к образовательным процессам, выстраивание системы повышения квалификации и поощрение сотрудников, которые инициируют самообразование и образование в рамках системы. Этот сегмент деятельности организации также настраивается и организуется, опираясь на восприятие и отношение к образованию руководителя. В современном мире с его ускоряющимися процессами изменений без настроенного, гибкого процесса образования невозможно добиться устойчивого развития организации. То, какое место занимает процесс образования в организации и как он выстраивается, влияет как на качество кадров во внутренней структуре организации, так и на то, как организация воспринимается внешним контуром. Кадры решают всё! Это не просто девиз. Кадровые разрывы и кадровый голод сегодня наблюдаются во всех сферах экономики. Это является одной из наиболее значимых проблем, влияющих на развитие отдельно взятой организации, всей отрасли и в результате – всей экономики страны. Реформы образования, проходившие в девяностые годы, в большой степени повлияли на это. Что явилось барьером развития экономики, когда пришло поколение молодых людей с несформированными навыками к обучению. И проблема не только отсутствия навыков. Навыки можно, так или иначе, привить. Проблема в формировании определённых структур мозга, которые формируются именно в детском возрасте. Точность, концентрация внимания, стратегическое видение и мышление, связанная речь, свободное изложение своих мыслей и т.д.

Если продолжать тему мозга, то сегодня во всём мире наблюдается синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Это запускает в свою очередь, синдром дисплазии соединительной ткани и ведёт к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, близорукости и нарушению гомеостаза всей системы. В связи с этим мы наблюдаем большое количество маленьких детей в очках еще в дошкольный период. А в младших классах мы наблюдаем просто удручающую картину! 50% а иногда и более детей страдают нарушением зрения! Повреждение зрения через повреждение мозга. Как и почему это происходит? Проблема в семье! Мама и папа на мла-

денца внимания не обращают. Мы получили не разговаривающее поколение за 30 лет реформ школьного образования. И это поколение не умеет общаться со своими собственными детьми. Высокий темп жизни разрушает несформированную психику. Дополнительная нагрузка в виде детей окрашена негативом и хронической усталостью. Проблема общемирового масштаба развитых стран. С учётом из Екатеринбурга, Дорониным Александром Ивановичем, мы разрабатываем, согласно теории формирования мозга и социального антропогенеза, образовательные программы по воспитанию детей с целью полноценного развития мозга и личности ребёнка. Я хочу обратить внимание на то, что ответственность родителей не только в воспитании своих детей, но и в формировании условий для развитого мозга ребёнка. И самые основы этого происходят в пренатальный (до зачатия) перенатальный (внутриутробное развитие) и постнатальный (нежный возраст от 1-3 лет) периоды жизни.

Травматический опыт появляется в периоды формирования мозга. Фиксируясь, этот опыт подкрепляется и усиливается жизненными ситуациями. Всё это сказывается на управлении организацией и переносится непосредственно на саму компанию. Именно то, как коммуницирует руководитель, как он ставит задачу, какое у него стратегическое видение, что является его приоритетом, какие цели компании и все ли сотрудники их разделяют. Все эти факторы указывает на наличие или отсутствие травматизации. Именно эти показатели являются значимыми с точки зрения признаков травматизации управленца.

Чем определяется уровень зрелости управленца:

- Высокий эмоциональный интеллект;
- Системность и устойчивость в решении задач компании;
- Быстрая и гибкая адаптивность к изменениям;
- Зрелая коммуникативность;
- Отсутствие невроза, которое выражается в относительно нейтральной позиции к деятельности и сотрудникам;
- Сценарное и стратегическое мышление, позволяющие правильно выстраивать и развивать систему и расставлять приоритеты;
- Сбалансированное отношение к ресурсам необходимым для деятельности компании;

Если есть нарушение в том или ином из перечисленных пунктов, то это точный указатель травматизации. И это первый диагностический срез, который предполагает дальнейшее исследование и корректировку проблемы. То как руководитель выстраивает структуру компании, выстраивает отношения внутри компании и строит внешнее взаимодействие с другими системами и организациями, всё это яркий диагностический инструмент на наличие или отсутствие травматизации управленца. Это хороший показатель перспективности и масштаба данной организации.

В своё время мной была написана и опубликована книга: «Энергия и ресурсное состояние руководителя» [2]

Книга позволяет разобраться в вопросах развития и сохранения ресурсного состояния руководителя. И в данном случае травматический опыт в независимости от того как давно он был испытан, является «черной дырой» в которую мощным потоком уходят энергия и жизненные силы управленца. Вот почему для руководителя любого уровня просто необходима диагностика и коррекция акцентуированных локусов латентной активации.

**Определение:** Акцентуированные локусы латентной активации это устойчивая нейронная связь мозга, зафиксированная в период сильного эмоционального потрясения или стресс реакции, требующая и формирующая жизненные похожие сценарии и обстоятельства, при которых был первично сформирован локус.

Фиксированная нейронная связь не может быть разрушена или вытеснена другими вновь образуемыми локусами. Для её корректировки необходимы психотерапевтические методы диагностики и корректировки. И это есть основа деятельности специалиста по корректировке управленческой модели организации.

### ***Методы диагностики руководителя на предмет травматического опыта, влияющего на деятельность***

Трудность диагностики травматика руководителя в процессах управления организацией заключается в том, что для самого руководителя травма не очевидна, не познаваема, не осознаваема. Только специалист, анализируя стиль управления, может диагностировать по вторичным признакам наложение и смещение травматического опыта на управленческую деятельность. В первичной диагностики мы опираемся на признаки травмы, которые проявляются в состоянии руководителя в процессе осуществления управленческой деятельности. Отталкиваясь от этих признаков, через методы терапевтического консультирования мы можем узнать периодичность и локализацию проявления таких состояний. Проявлялись ли эти состояния в родительской семье или в других поколениях. Сбор такой информации необходим для понимания целостной картины запускаемого сценария. Наиболее точную диагностику можно осуществить через психотерапевтический метод: «Бизнес расстановки и системное консультирование организаций» В этом подходе ярко диагностируется, как личные динамики руководителя влияют на управленческую модель и стиль управления менеджера. Как влияют и переносятся личные динамики управленца на организационную структуру и результаты деятельности организации.

С нарастанием социального давления во всех сферах жизни и на всех уровнях систем, еще больше встаёт необходимость в профилактическом, превентивном подходе. Понятие психогигиены становится всё более актуально именно для управленцев разного масштаба. Психогигиена необходима, чтобы не допустить психических расстройств и необратимости процесса. Психопрофилактика может быть как превентивная, когда патология ещё не обнаружена, так и в стадии уже сформированного и диагностированного заболевания.

«Психопрофилактика разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению заболеваний, их хронизации. Понятие психопрофилактики тесно связано с понятием психогигиены. Согласно классификации ВОЗ выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, вторичная объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации на уменьшение патологических проявлений. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности. Значительная общественно-политическая трансформация общества у многих людей вызывает чувство неуверенности, неопределённости, незащищенности, растерянности, ощущения потери опоры, что выражается в напряжении, а часто и в агрессивности. На этом фоне возникает значение психотерапии, что вызвано ростом нервно-психической напряженности здорового населения, увеличением частоты пограничных нервно-психических расстройств» [3]

## ***Методы коррекции травматического опыта в решении бизнес задач в управлении организацией***

Известный отечественный нейропсихолог Александр Романович Лурия, опираясь на мозговые механизмы отдельных психических процессов, таких как восприятие, произвольные движения и действия, внимание, память, речь, мышление, описывает модель основных трёх блоков мозга, показывая целостность работы мозга и тем самым формируя возможные тенденции управления психофизиологией. [4]

На этом основаны инструменты корректировки травматизации и способность человека осознанно моделировать свои сценарии жизнедеятельности.

Коррекция травмы руководителя в управленческой деятельности, осуществляется по следующему алгоритму:

- Осознание проблематики. Постановка задачи для консультанта.
- Первичный образ и узнавание травматического опыта в прошлом. Какой именно травматический сценарий накладывается на управленческий процесс и почему.
- Определение границ и локализации этого травмирующего опыта.
- Расторжение личного травматического опыта и управленческого процесса с этим опытом. Принятие и осознание, зачем такой опыт был необходим.
- Выбор и присвоение конструктивного сценария в данном управленческом контексте и процессах.

Подбор психотерапевтических методик может быть самым разнообразным. От классического психоанализа, гештальт терапии, транзактного анализа, методов психотерапевтических расстановок, до бизнес консультирования и коучинга. Специалист сам подбирает оптимальные инструменты для подобной работы, исходя из своих специализаций и соответствия запроса клиента, а также метода реализации этого запроса.

Отличие стресс реакции от травмы состоит в том, что после стресса человек возвращается к прежней жизни. После перенесения травмы человек не может вернуться к прежнему себе, он застревает в травме. Сквозь фильтр травмы человек видит действительность, делает выводы и принимает решения. [5]

Признаки личностной травмы:

- не с кем поделиться своим состоянием
- неожиданность и от этого состояние как будто из под ног уходит опора
- состояние угрозы смерти

Задача специалиста:

- восстановить нормальную саморегуляцию
- самооценку
- вернуть социальную адаптацию [6]

Чтобы стресс не перёшел в необратимую стадию травмы, необходимо себя поддерживать, ресурсировать. Найти во внутреннем и внешнем пространстве то на что или на кого можно опереться. Основной этап в травматерапии – это поиск и присвоение ресурсов, на которые можно опираться! Эти ресурсы находятся и присваиваются как по внутреннему контуру человека, так и из внешнего пространства.

Травматерапия проходит 4 последовательные стадии:

- Контакт и диагностика
- Стабилизация
- Переработка или конфронтация
- Интеграция

Иногда целесообразно исследовать в какой стадии находится наиболее сильный заряд травмы и от этого происходит застревание и фиксация. Разрешение каждой стадии травматик может проходить через разные методики и методологии в зависимости от компетенций специалиста.

Стратегия работы с благоприятным климатом в организации через личность руководителя:

- Диагностика устойчивости и наличия ресурсов;
- Выстраивание контакта с новыми ресурсами;
- Выстраивание связей между сегодняшним «Я» и «Я» в травмирующей ситуации с акцентом на ресурсы и на устойчивость.
- При необходимости работа с агрессором для выстраивания границ и возврата собственных ресурсов. [7]

### **Выводы**

- Для полноценного и устойчивого развития организации необходимо диагностика на наличие травматик управленца, а также исследование исторического опыта организации на предмет травматик самой организации в прошлом.
- Чаще всего травматический опыт в управленческую деятельность переносится из личного контекста и травматик руководителя и/или управленца.
- Травматический опыт формирует устойчивую нейронную связь, которая влияет на формирование условий и сценариев для поддержания той связи. Такая связь носит название «акцентуированные локусы латентной активации»
- Методы диагностики и коррекции данных локусов и является предметом деятельности психотерапевтической направленности
- Психогигиена, диагностика и понимание отличия стресса от травматик, способы их предупреждения и профилактики является залогом устойчивого развития организации.
- Определённая стратегия работы с благоприятным климатом в организации через личность руководителя является условием стабильности и продуктивной деятельности организационной структуры.

### **Литература**

1. Психологическая травма/ Kolon British Hospital
2. Энергия и ресурсное состояние руководителя/ И. Несивкина Литрес Ozon 2021год
3. <https://www.litres.ru/book/irina-nesivkina/seriya-bank-mozga-kniga-1-energiya-i-resursnoe-sostoyanie-66915643/?ysclid=Inn4lt6a5q58863353>
4. Медицинская психология, учебно-методическое пособие для студентов учреждений высшего образования по специальностям 1-79 01 04 «Медико-диа-

гностическое дело», 1-79 01 01 «Лечебное дело», И.М. Сквиря, Н.В. Хмара, Л.В. Рузанова, С.О. Хилькевич, Б.Э. Абрамов, Е.В. Гут, С.В. Толканец, 2020 год, Гомель, Министерство здравоохранения Республика Беларусь.

5. Основы нейропсихологии, Александр Лурия, издательство Питер, 2023
6. Введение в ориентированный на решение подход и системные структурные расстановки Шпаррер И., М. ИКСР, 2011
7. Симбиоз и автономия/ Рупперт Ф, М., ИКСР, 2014
8. Травма, связь и семейные расстановки», Руппер Ф. М, ИКСР, 2014

# БАЛИНТОВСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ

*Винокур В.А.*

## **Исторические корни и современные аспекты использования балинтовской супервизии в помогающих профессиях**

Во многих странах, где достаточно широко распространены идеи Майкла Балинта и в которых работают группы, основанные на предложенной им технологии аналитической супервизии, слово «балинт» уже многие десятилетия употребляется как имя нарицательное. Так же, как это случилось, например, и со словом «гэллап» (в честь Джорджа Гэллапа, автора научного метода проведения социологических опросов, которым сейчас в обиходной речи обозначают просто процедуру опроса общественного мнения, проводимую по определенной и хорошо всем известной социологической методике и являющуюся одним из наиболее надежных источников информации о состоянии общественного мнения), или со словом «рентген», обозначающим широко распространенный в настоящее время метод исследования в медицине и технике, предложенный в конце XIX века немецким физиком Вильгельмом Рентгеном. Когда имя человека отделяется от него самого и начинает определять целое общественное явление, это говорит о многом. Это, несомненно, можно считать одной из форм признания всем человечеством заслуг того человека, которому принадлежит это имя. Вероятно поэтому в англоязычной литературе слово «balint», являющееся по смыслу нарицательным, тем не менее, всегда пишется с заглавной буквы, как фамилия, например, «Balint group work». В литературе, посвященной анализу работы балинтовских групп, регулярно появляются различные трактовки слова «балинт», имеющего в понимании разных людей много различных смыслов и толкований и фактически уже живущего самостоятельной жизнью, в отрыве от фамилии человека, хорошо известного во всем мире.

Одной из предпосылок необходимости создания балинтовских групп врачей и психологов служит анализ их профессионального «самочувствия», который показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа – более опытные психотерапевты проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, и тем самым во внимании и поддержке коллег, чем специалисты молодые.

Важность коммуникации между врачом и пациентом и, соответственно, важность внимания к этому аспекту профессии врача отмечается еще со времен античности. Это можно найти, в частности, в «Corpus Hippocraticum», включающим в себя клятву Гиппократата и сохраняющие до сих пор свое значение представления о личности врача, его роли, этических принципах медицинской профессии и взаимодействия с пациентами.

Перефразируя Франсуа Жюста Ренуара (1761–1836), французского писателя и драматурга, члена Французской академии, заметившего: «Что в искусстве главное – ответ на вопрос „Что?“ или „Как?“ Главное – „Кто!“», можно сказать, что во врачебной профессии существуют не только особые требования к личности и качеству подготовки специалистов. Это определяется характером их обучения, но вместе с тем существуют и высокие требования к последующей супервизии этих специалистов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному.

Аргументом в пользу такого метода групповой супервизии, профессионального самоусовершенствования и эффективного предупреждения выгорания, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно. Можно отметить и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость супервизии во врачебной и консультативной деятельности.

1. Специфика работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом труда.
2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия в процессе работы.
3. Высокая степень ответственности (нередко понимаемая иррационально).
4. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.
5. Высокая частота негативного переживания социального сравнения/сходства с пациентами.

Существует субъективный аспект этой проблемы – потребность врачей в повышении своей компетентности, умении использовать свои личностные ресурсы для оптимизации диагностического, лечебного и реабилитационного процесса. Во врачебной профессии нередко в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами, что, очевидно, затрудняет обмен знаниями и опытом и оказание друг другу эмоциональной поддержки, которая многими исследователями рассматривается как один из важнейших факторов предупреждения профессионального стресса. Поэтому понятно стремление врачей преодолеть разобщенность, перестать «вариться в собственном соку». Если этого не происходит, существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей либо к разочарованию, неуверенности, социальной апатии либо к излишней самоуверенности, снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной профессиональной ригидности.

Зигмунд Фройд, австрийский психоаналитик, автор идеи групп-анализа, предложил нейрофизиологическое описание групп нейронов, в которой функцию («поведение») отдельно взятого нейрона невозможно понять, изучая ее изолированно, без анализа и описания того, как функционирует целая группа других активных клеток, в которую он неразрывно включен, без понимания его сложных и многообразных связей с другими нейронами. Среди этих реакций есть и «зеркальные», когда один нейрон отражает реакцию другого, тем самым делая ее более заметной, понятной

и доступной описанию. Это прямая аналогия с балинтовскими группами, в которых «поведение» специалиста, врача или психолога, его реакции и переживания понимаются по реакциям других людей, с которыми он профессионально взаимодействует. Балинтовская супервизия работы врачей и психологов успешно реализует достаточно хорошо известную философскую идею: чтобы дать как можно более четкое определение некоему предмету или явлению, описать его сущность и тем самым понять его, нужно как можно корректнее описать пространство вокруг него, поэтому и начинать понимание явления нужно с описания этого пространства. Не существует человека без окружающей социальной среды, соответственно, действий и эмоций врача – без реакций пациента. И основной сущностью этого пространства «человек–среда» является его целостность. Каждое психическое состояние человека, чувствующего себя субъектом отношений, стремится найти определенное отражение в объекте этих отношений. Поэтому два человека, находящихся в процессе взаимодействия, важного для них обоих, уже не могут быть такими, какими они были до его начала. «Встреча двух личностей подобна контакту двух химических веществ: если есть хоть малейшая реакция, изменяются оба элемента» (К. Г. Юнг), поэтому в профессиональном взаимодействии врач в своих реакциях не существует отдельно от пациента, они вдвоем образуют новую среду и новую коммуникативную целостность.

В ней происходит определенная коммуникация, проявляющаяся опытом установления границ между собою и социальной средой, их адекватного понимания и поддержания и, естественно, преодоления нарушений, когда они возникают.

Отношение человека к своему развитию является одним из главных инструментов успешности этого процесса вследствие необходимости сосредоточения внимания и поддержания на нем: «Никакой истинный импульс внимания не потрачен зря, даже если это не принесло видимого быстрого результата». Посвящая себя постоянному самосовершенствованию, мы ускоряем свое продвижение по этому пути. Это способствует тому, что составляет основу любых успешных отношений, в особенности профессиональных, – лучшему пониманию и осознанию себя. И этот процесс цикличен: знание себя помогает улучшать свою профессиональную деятельность, построенную на отношениях и взаимодействии с пациентами, и тем самым повысить ее эффективность, а это взаимодействие само по себе помогает более глубокому самоосознанию и укреплению самооценки профессионалов, тем самым и улучшению их профессионального «самочувствия» и даже здоровья, психического и соматического.

Несмотря на очевидный технический прогресс в медицине, на протяжении веков мало что реально изменилось в том, что больной, по существу, всегда одинок в своем переживании болезни и ее последствий. Поэтому разобщенность «миров» врачей и пациентов остается серьезной проблемой клинической практики, и это заметно по тому, как развивается направление, которое мы сейчас называем «доказательной медициной». Возникшее в Канаде в конце 80-х гг. прошлого столетия и ныне общепринятое во всем мире, оно призвано повысить эффективность и улучшить качество медицинской помощи, сделать ее максимально доказательной и обоснованной. Поскольку во всем этом есть необходимость стандартизации медицинской помощи, то неявным образом это в итоге приводит к нивелированию психологических аспектов коммуникации врачей и пациентов, ее дегуманизации вследствие их психологического, прежде всего эмоционального, дистанцирования друг от друга.

Поэтому в мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой

рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей и других медицинских работников. Так, например, опрос 1593 британских врачей показал, что самым важным в процессе своего обучения и супервизии они считают освоение навыков конструктивного взаимодействия с пациентами (P. Shoenberg, 2005). М. И. Плугина (2009), анализируя достаточно большое количество научных публикаций, отмечает, что, как показывает терапевтическая и консультативная практика, далеко не всегда возникающие в ней трудности и проблемы связаны непосредственно с узкопрофессиональными знаниями и умениями. Профессиональные знания и чувство долга не отменяют психологической компетентности во взаимодействии с пациентами, внимания помогающих профессионалов к самим себе и не компенсируют дефицит этих знаний и умений.

Очень часто источник этих сложностей и барьеров на пути к успеху в работе находится в сфере эмоциональных состояний врачей, их низком уровне психологической компетентности, неумении управлять своим психологическим состоянием и конструктивно преодолевать психологические барьеры во взаимодействии с пациентами. По данным ряда исследований (Krupnick J. [et al.], 1998; Reichman M., 2007; Чуркин А. А. [и др.], 2009), профессиональная успешность врачей определяется в первую очередь уровнем их психологической, в частности коммуникативной, компетентности, которая реализуется во взаимодействии с пациентами и коллегами, а успешно сформированные терапевтические отношения, хорошо развитые навыки понимания пациентов, так же как и понимания врачами и психологами самих себя в этих отношениях, являются ключевым элементом в эффективном лечении широкого круга самых разных расстройств и в формировании удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью. Применительно к психотерапии это можно сформулировать так: психотерапия – это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними.

Значение коммуникативного фактора в работе врачей («человеческий фактор») и его существенное влияние на эффективность их профессиональной деятельности, сохраняющее свою высокую значимость, несмотря на технический прогресс в медицине, показало недавнее исследование, которое было проведено одновременно в 9 странах и результаты которого опубликованы в августе 2018 года (<https://www.m24.ru/news/nauka/29062018/37161>). В них отмечено, что постоянный контакт пациентов с одним и тем же врачом (как своим семейным, так и врачом – специалистом, длительно наблюдающим их и, естественно, обладающим не только профессиональными знаниями, но и хорошей коммуникативной компетентностью) позволяет существенно снизить риск внезапной смерти у этих пациентов иногда просто в силу снижения количества и тяжести осложнений, нередко возникающих вследствие коммуникативных барьеров между врачом и пациентом, недоверия врачу, низкого комплайенса пациентов в отношении медицинских рекомендаций и т.д.

К важнейшим навыкам, которыми должен обладать специалист, работающий в «помогающей» профессии, относят не только *hard – skills* (собственно профессиональные навыки, относящиеся к данной врачебной специальности), но и *soft – skills* (навыки, необходимые всем специалистам коммуникативных профессий, – креативность, умения развивать и поддерживать конструктивное взаимодействие и сотрудничество в команде других профессионалов, коммуникативная компетентность, когнитивная гибкость, умения справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, умение учиться у других людей и т.д.). Среди различных критериев успешности работы специалистов «помогающих» профессий, к которым

прежде всего относят врачей, отмечают в качестве как важнейшего эффективное владение навыками профессиональной коммуникации (М.А.Гулина, 2017). К этим навыкам относят умение критически оценивать качество терапевтического альянса и взаимодействия с пациентами, умения конструктивно справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы с «трудными» пациентами, умения и способность продемонстрировать техники эффективной коммуникации с пациентами, в частности, не только речевой, но и невербальной и символической, а также навыки достаточно высокого уровня понимания и анализа этичности терапевтического процесса. На это обращается внимание и в рекомендациях по подготовке психотерапевтов в странах Европейского Союза (ESCO. V.1.02 – Education, Skills, Competences. – update 04/06/ 2020), согласно которым такие навыки и умения, как способность принимать на себя ответственность за течение терапевтического и консультативного процесса, продуктивно создавать и развивать атмосферу терапевтического сотрудничества с пациентом, справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, конструктивно выражать себя и слушать пациента / клиента относят к «существенно важным компетенциям и навыкам» врачей. Представляется важным и то, что среди навыков профессиональной компетентности этих специалистов отмечена способность критически анализировать супервизионную помощь и использовать ее потенциал для собственного развития в своей работе, направленной на оказание помощи другим людям.

Коммуникативная компетентность врачей, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления врачебной деятельности (Лиманкин О.В., 2014). I. Johnson (2009) считает, что исследование проблем и сложностей во взаимодействии «врач–пациент» является сегодня не просто важной задачей в подготовке врачей и в повышении их квалификации в работе, это является самой важной задачей, что совершенно созвучно замечанию М. Балинта о том, что ситуации в нашей практике, когда взаимоотношения с пациентами становятся напряженными, нелегкими, истощающими, даже неприятными, являются отнюдь не редкостью. При этом навыки эффективной коммуникации не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы или профессионального опыта, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии. «Выписывать рецепты – довольно несложное занятие, но вот прийти к пониманию людей, с которыми работаешь, гораздо сложнее» (Кафка Ф. «Сельский врач»). Все это представляет собой серьезное предостережение от недооценки роли психологических факторов во взаимоотношениях врача и больного, которая, к сожалению, очень распространена в отечественной медицине. Это, наверное, имел в виду и Фрейд, когда в свое время писал о «невозможных» профессиях («Невозможно управлять людьми и невозможно их учить») и, соответственно, о лежащих в их основе «невозможных» желаниях. Психотерапию, в частности психоанализ, З. Фрейд помещает в эту же категорию «невозможных» профессий.

### **Майкл Балинт и исторические корни балинговской групповой супервизии**

Психоанализ, с которым были тесно связаны вся жизнь и творчество Майкла Балинта, всегда подчеркивает важное значение индивидуальной истории человека, поэтому кажется вполне оправданным и целесообразным начать описание современного понимания работы балинговских групп с истории жизни самого Майкла Балинта. У древних греков память об истоках событий была закономерной частью

повседневного опыта людей, поэтому они считали необходимым как можно полнее знать и помнить первопричины всего, что их окружало, знать основателей, творцов и героев прошлого. Они были убеждены, что история – это важная часть современности. Берн Дибнер («Герольды науки», 1955) также отмечает, что хорошо понимать суть и значение любого важного открытия можно, только зная его динамичную историю. Перефразируя замечание Г. Эббингхауза в отношении истории психологии, можно сказать, что у балинтовских групп тоже достаточно короткая история, но очень длинное прошлое.

Майкл Балинт (Michael Balint), ставший впоследствии человеком, хорошо известным в разных уголках мира, и знаменитым психоаналитиком, родился 3 декабря 1896 г. в Венгрии. Примечательно, что именно в этом году Зигмунд Фрейд впервые в одной из своих статей, описывая работу с истерическими расстройствами, употребил и тем самым ввел и в научный лексикон, и в клиническую практику и в обыденную речь миллионов людей слово «психоанализ». Майкл Балинт родился в семье выходцев из Германии и при рождении получил имя Mihaly Maurice Bergmann. Сменить фамилию, по мнению некоторых биографов Балинта, ему пришлось после распада Австро-Венгерской империи в 1918 г., когда в Венгрии, совсем недавно образовавшейся как независимое государство, стала активно проводиться политика «мадьяризации» имен и фамилий, поэтому он стал Балинтом, взяв фамилию, очень распространенную в Венгрии. Однако эта версия вызывает сомнения, поскольку известно, что одним из важнейших мотивов смены фамилии была возможность таким путем существенно облегчить себе поступление в университет, и что его родители, прежде всего отец, были против этого шага, поскольку вместе с фамилией он сменил и вероисповедание (E.Rimmer, 2017). Точная дата этого события неизвестна даже биографам Майкла Балинта, с некоторыми из которых автор этой книги, собирая материалы по истории жизни и творчества Балинта, имел счастливую возможность неоднократно встречаться и беседовать. Тем не менее, можно предположить, что это произошло задолго до 1921 г., когда Балинт переехал в Берлин и когда одна из его научных статей по биохимии, опубликованная там, уже была подписана им этой фамилией.

«Что значит имя?» – мы помним этот вопрос шекспировской Джульетты, желание которой отступить от преданности своей фамилии (в широком понимании этого слова) завершилось трагическими последствиями. Действительно, имя – это важная часть идентичности человека, от которой ему бывает очень трудно отказаться, не переживая при этом смешанные, но обычно очень сложные чувства. В жизни Балинта смена фамилии прошла менее драматично и даже способствовала впоследствии многим позитивным событиям и высоким достижениям, но, вероятно, травматичные события его внутренней «эмиграции» из своей семьи, а затем из своей страны сначала ненадолго в Германию, а потом навсегда – в Великобританию, эти потери и душевные травмы оказали свое влияние на его ощущения себя и своей самоидентичности внутри созданного им мирового балинтовского движения, а также помогли ему прийти к пониманию важности исследования межличностной коммуникации в помогающих профессиях.

Отец Балинта был врачом общей практики (семейным врачом) в тихом предместье Будапешта. Еще ребенком Майкл часто сопровождал его к больным и имел возможность наблюдать за работой отца. Возможно, уже тогда у него сложилось представление о важности понимания того, что происходит во взаимодействии врача и пациента и что может осложнять его столь разнообразно и непредсказуемо для обоих участников этого процесса.

Уже с детства вся жизнь Балинта оказалась тесно связанной с психоанализом множеством живых и разнообразных нитей. Так, его младшая сестра Эмми училась вместе с несколькими известными в будущем психоаналитиками, среди которых стоит прежде всего отметить Маргарет Малер. Среди них была и Элис Ковач, ставшая впоследствии женой Балинта. Именно Элис познакомила его в 1917 г. с книгой Фрейда «Тотем и табу».

Это может показаться удивительным, но сам Балинт в детстве мечтал быть инженером и очень рано увлекся техникой, однако по твердому настоянию отца, человека импульсивного, вспыльчивого, авторитарного и жесткого, временами даже деспотичного, стал изучать медицину. Впоследствии Майкл Балинт отмечал, что эта профессия сначала была ему не близка и даже казалась ему совершенно чуждой, возможно, отчасти потому, что выбор в пользу медицины был в значительной мере связан с его очень напряженными, нелегкими и, по воспоминаниям самого Балинта, даже «болезненными», причинявшими ему немало страданий, отношениями с отцом. Они практически не общались, многие годы живя не просто в одном городе, в Будапеште, но даже по соседству, и их отношения все это время оставались очень сложными и напряженными, не став мягче даже перед эмиграцией Балинта в Великобританию в январе 1939 г. Для столь сильной личности, как Майкл Балинт, это было очень необычным, не свойственным для него решением, – подчиниться чуждому влиянию, однако он уступает давлению отца и отказывается от собственного стремления посвятить свою жизнь работе с техникой. Вероятно, сам Балинт в юношеские годы предчувствовал, что занятия именно медициной смогут предоставить ему достаточно благоприятных возможностей для самореализации и удовлетворения своего «научного любопытства», как он сам писал впоследствии. Он отмечал это осенью 1970 г. в последней статье, опубликованной за месяц до своей внезапной смерти в Лондоне от сердечного приступа, возможно пытаясь этим высказыванием смягчить нелегкие воспоминания о детстве.

Весной 1914 г. Майкл Балинт начал изучение медицины в университете Будапешта, одновременно работая ассистентом в клинике, что давало ему возможность быть материально независимым от отца. Но вскоре началась I Мировая война, Балинт был призван в армию и сразу же попал на фронт. Он участвовал в боевых действиях сначала на востоке, в Галиции, в границах тогдашней Российской империи, а затем в Италии. Война для него продолжалась недолго и в 1916 г. он вернулся домой после тяжелого ранения руки, которое произошло, как он сам считал, опять же из-за его неутомимого любопытства, в данном случае – после неудачной попытки разобрать ручную гранату. Однако эта трагическая история тем не менее в целом имела позитивный исход. Она позволила Балинту вернуться в университет, продолжить и вскоре завершить учебу на медицинском факультете, а в 1920 г. получить степень доктора медицины. Но немного раньше, с 1919 г., он начал посещать курсы психоанализа, которые вел Шандор Ференци (1873–1933), преданный ученик и последователь Зигмунда Фрейда, преподававший в это же время в Будапештском университете и первый в мировой практике профессор в области психоанализа. Его сближали с Фрейдом глубокие общие интересы, и из членов довольно узкого круга коллег-психоаналитиков Фрейда он был с ним в наиболее тесных отношениях как профессиональных, так и личных. Но при этом Ш. Ференци, в отличие от З. Фрейда, был человеком гораздо более сердечным, открытым, мягким и терпимым к другим мнениям (об этом, основываясь на свидетельствах современников и анализе их воспоминаний, в частности, пишет и рассказывает в наших беседах французский психоаналитик Michele Moreau-Ricaud).

В рамках настоящей работы мы не анализируем довольно сложные отношения З. Фрейда и Ш. Ференци и их печальную траекторию, от признания его коллегами как приемника или даже «наследника» Фрейда до холода и непримиримого расхождения во взглядах впоследствии. М. Балинт в эти годы проходил у Ференци личный психоанализ и исполнял роль его литературного редактора, секретаря и помощника, разделяя и поддерживая позицию Ференци, осуждающую излишне авторитарный подход к аналитической практике в терапии и в супервизии и отстаивающую представление о том, что врач вносит в терапевтические отношения нечто значительно более широкое, чем просто сеттинг, условия работы, ощущения себя как объекта переноса и необходимость различных интерпретаций. Если, конечно, он понимал свою работу не просто как следование определенным техникам, а как главным образом формирование определенных отношений и стиля взаимодействия с пациентом в терапевтическом пространстве. Впоследствии, уже эмигрировав с семьей в Лондон, Балинт неоднократно подчеркивал свою приверженность тому образу мышления, который во многом для него был связан с Ференци. Интересно, что такая профессиональная «философия» Майкла Балинта помогла ему интегрироваться в Британское психоаналитическое сообщество, разделенное в то время на многие группы и течения, и стать впоследствии его признанным, объединяющим и сплачивающим эти разные группы лидером.

Формируя аналитическую теорию балинтовских групп, Майкл Балинт представил характерную черту, свойственную многим крупным фигурам в истории психоанализа, – свою способность преодолевать границы того, что воспринималось как табу (или все же это можно назвать жесткими правилами?). Ему принадлежит идея приоритета значения эмоционального переживания над теоретической абстракцией, которая «...во многих случаях становится слишком ригидной, стремящейся стать вечным абсолютом... Если сам путь движения моей мысли доказывает ее правоту, тогда то, что мы называется «корректной техникой», превращается в химеру из ночного кошмара, в фантастическую компиляцию из несопоставимых друг с другом кусочков реальности» (M. Balint, 1968).

В анализе структуры и правил работы балинтовских групп достаточно интересной является опубликованная в 1951 году статья Балинта "The Problems of Discipline", выражающая его представления о «порядке» работы группы. В это время он уже вел в Тавистокском институте и клинике занятия с группами молодых врачей и активно популяризировал супервизионные группы, которые впоследствии станут называться «балинтовскими», поэтому он видел свою важную миссию в том, чтобы предложить участникам этих групп достаточно простые правила технологии этой работы, которые не сводились бы только к простым формулам «Вы должны...» или «Вы не должны...». Балинт сформулировал два типа (или два уровня) правил, которыми может руководствоваться группа. Первый уровень – это то, что очевидно и априори знакомо всем, или то, что не вызывает возражений (типа «Не суй руку в огонь»). Второй уровень правил содержит в себе не очевидные формулировки, скорее, это пожелания и рекомендации. В некоторых случаях они могут казаться недостаточно логичными и даже иногда противоречащими реальности (точнее, тому, как мы ее понимаем), но Балинт уверенно объяснял, что если вы не следуете этим правилам, последствия не обязательно должны быть отрицательными, потому что эти правила часто являются контекстными и могут различаться в разных группах, как и в разных профессиональных суб-культурах. Один из вопросов, связанных с анализом проблемы правил в работе группы, остался у Балинта без ответа и многие современные

исследователи (например, P. Tate, 2017; и др.) возвращаются к нему: рождаются ли эти правила из достаточно реалистичного и критично настроенного Эго самих участников группы или мы освоили эти правила из своего догматичного, несгибаемого и некритично функционирующего Супер-Эго? Этот вопрос вполне созвучен идее, предложенной британскими исследователями U. Mayr и R. Bryck (2005) о возможности успешного «склеивания правил», как интеграции абстрактных правил и определенных практических действий в супервизионной работе балинтовской группы.

«Допускает ли балинтовская группа в своей работе возможность отступать от определенных жестких правил, оставаясь в границах своей технологии?», – это вопрос, ответ на который Балинт в своей статье 1951 года, вероятно, оставил на наше усмотрение. «Что вынуждает меня возвращаться к идее Майкла Балинта, когда я думаю о психологических защитах и о правилах в работе группы, так это его замечание, что любой человек, убегающий от чего-либо, бежит вперед в направлении чего-то другого» (P. Tate, 2017).

Важно отметить то обстоятельство, сыгравшее свою важную роль в профессиональном становлении Майкла Балинта как психоаналитика и автора новой технологии супервизии врачей и других «помогающих» специалистов, что Ференци, с которым Балинт был тесно связан долгие годы, был ярким новатором в отношении новых методик и технических решений в психоанализе, в частности идеи развития эмпатии, активно влияющей на процесс и результаты не только психотерапии, но впоследствии – и на развитие теории и практики работы балинтовских групп. Шандору Ференци принадлежит идея о том, что индивидуальный фактор в психотерапии, под которым он подразумевал прежде всего личность самого врача, характер его переживаний и то, как он их выражает («его субъективность»), зачастую влияет на пациента значительно сильнее, чем назначенное ему лекарство. Поэтому одновременно с этим Ференци активно отстаивал идею о необходимости супервизии психотерапевтов, часто подверженных «компульсивному самоанализу» и отыгрывающих свои проблемы и собственные невротические комплексы в коммуникации с пациентами. Но это предполагало также и необходимость создания определенных условий получения психотерапевтами супервизии и поддержки в кругу коллег. Ференци называл это «профессиональной психогигиеной». Ему также принадлежала идея реализовать на практике представление о необходимости расширения границ самораскрытия («прозрачности») психотерапевта в процессе его работы с пациентом, что часто помогало врачу достигать более глубокой степени аутентичности в его работе. Это было достаточно подробно описано Ференци в 1932 г. в «Клинических дневниках» (цит. по изданию 1985 года).

Интересно, что уже в это время Ференци отмечал некоторые важные аспекты психоаналитической технологии, которые впоследствии Балинт связал с технологией супервизии в балинтовской группе. Ференци, в частности, отмечал, что слишком скрупулезное соблюдение правил в терапевтической коммуникации само по себе нередко приводит к усилению сопротивлений пациента, и что слишком строгое следование предложенным стандартным схемам действий врача в определенных ситуациях взаимодействия с пациентом может воспроизводить у того воспоминания и переживания прежних жизненных травм, воспроизводящихся сейчас в процессе консультации. Поэтому в «Клинических дневниках» у Ш. Ференци есть важное для нашего рассмотрения замечание: «Сложная аналитическая ситуация, особенно если она связана с ригидными и жесткими правилами и техническими рамками ее рассмотрения или вызвана ими, рождает главным образом трудно облегчаемое

страдание у пациента и ничем не оправданное чувство превосходство у врача». Эти представления Ференци, положенные Балинтом в основу многих принципов теории и технологии балинтовских групп, стимулировали и многих последователей и учеников Балинта, исследовавших роль и значение правил и границ балинтовской группы, а также подчеркивающих важное практическое значение этих групп как связующего звена между психоанализом и нашей повседневной работой с пациентами. Tom Main, автор доклада «Психологические защиты врачей против вовлеченности в пациентов» (Balint Memorial Lecture. London, 1978 год), отметил в нем, что, опираясь на наследие Балинта, он думает о том, что для каждой консультации наших пациентов может быть одно общее правило, и оно будет таким: «У нас нет для них единого общего и жесткого правила». Это представление Балинта справедливо и для анализа работы сегодняшних балинтовских групп и подготовки их ведущих.

Именно Ш. Ференци принадлежит заслуга создания вошедшей впоследствии в историю «психоаналитической школы Будапешта», где ее ученики, включая Балинта, получали возможность свободно мыслить, анализировать свои и чужие ошибки в работе и учиться на них. Так что уже с этого времени Майкл Балинт оказался вовлеченным в увлекательный мир психоанализа, мир множества открытых вопросов и скрытых ответов. Эти годы, по воспоминаниям Балинта, благотворно повлияли на его интеллектуальное и духовное развитие. Поэтому кажется не только не случайным, но и вполне естественным то, что именно М. Балинт, как ученик Ш. Ференци, стал основоположником технологии такой успешной профессиональной аналитической супервизии и развития психотерапевтов, других врачей и психологов, как балинтовские группы. Впоследствии эта идея, реализованная в их работе, была еще точнее выражена Liz Nickols: «...В отношениях между людьми очень важно понять того, кто вступает в эти отношения. Я говорю не только о вашем пациенте. Первым делом вам нужно понять себя».

Политическая ситуация в Венгрии в начале 20-х гг. прошлого века, после крушения коммунистической республики под руководством Бела Куна, которому Балинт очень симпатизировал, прихода к власти правительства адмирала Миклоша Хорти и последовавшего за этим закрытия кафедры психоанализа в Будапештском университете, которой заведовал Шандор Ференци, стала для Балинта не только тяжелой, но и опасной из-за вполне реальной угрозы насилия и политических репрессий. По свидетельству многих людей, лично знавших его (об этом, в частности, автору этих строк рассказывала французский психоаналитик и одна из основателей в 1967 г. во Франции первого в мире балинтовского общества Michelle Moreau-Ricaud, также лично хорошо знавшая Балинта), это было не в его характере – смириться с нелегкими обстоятельствами и оставить попытки самостоятельно определять свою жизнь. Ему было очень важно сохранить независимость в своих решениях, но для этого необходимо было покинуть Будапешт, а вместе с ним – и семью. В 1921 г. Балинт переезжает в Берлин и получает работу научного сотрудника в биохимической лаборатории Отто Варбурга (1883–1970), впоследствии нобелевского лауреата 1931 г. по физиологии и медицине за исследование роли ферментов в метаболизме углеводов.

Однако эта работа, несмотря на то, что Балинт был очень увлечен ею, не могла прервать его растущего интереса к психоанализу, которым он занимается в это время с поразительной энергией и не меньшим увлечением, чем медициной. Вскоре после переезда в Берлин, в июле 1921 г., Балинт женится на Элис Ковач, подруге его сестры Эмми и дочери бывшей пациентки, а впоследствии и ученицы Шандора Ференци. Путь Балинта в психоанализ начался со знакомства с нею, а сама Элис позднее

получила широкую известность благодаря своим работам по аналитической супервизии. Элис Ковач, по воспоминаниям современников и учеников Балинта, была его самой большой любовью за всю долгую жизнь, и, вероятно, есть что-то символическое в том, что «Balint» – это венгерский вариант имени Валентин, святого и покровителя влюбленных.

В этом браке родился единственный сын Балинта, Джон Александр (1925 – 2016), а сама Элис сопровождала Майкла в эмиграцию и была рядом с ним до самой своей смерти в Лондоне во время войны в 1940 году. В одном из интервью Джон Балинт несколько лет назад описывал себя как «дитя конференций», потому что в ранние годы его жизни родители очень часто возили его с собою на различные психоаналитические конференции по всей Европе, так что он просто рос в их атмосфере. После войны Джон закончил Кембриджский университет, стал врачом и с 1958 года жил и работал в США. Помимо занятий собственно клинической медициной, он уделял много внимания изучению проблем медицинской этики и являлся основателем Medical Ethics Center университета в Олбани. Многие коллеги, знавшие его, отмечали очевидное влияние, которое на Джона Балинта оказал его отец, в частности, на формирование его самостоятельных, критических и поэтому очень продуктивных взглядов на проблемы соотношения медицинской этики и качества коммуникации врач – пациент. Джону Балинту принадлежат работы, анализирующие разные модели взаимодействия с пациентами и непродуктивность некоторых из них, в частности, закрытость и дистанцирование врача и его патернализм в отношении пациента. Одна из традиционных установок, которую он активно критиковал в этих работах, – «Врач всегда все знает лучше», нередко лишаящая пациента даже малой степени его собственной свободы и самостоятельности, поэтому – и ответственности за свое лечение и выздоровление. Своими работами Джон внес заметный вклад в наследие Майкла Балинта, развивая представление о том, как формируется такое взаимодействие, когда врач выступает в ролях «адвоката» интересов пациента, но не его наставника, не учителя правил жизни, помогая ему в тоже время оставаться в границах конструктивного взаимодействия и с самим врачом, и со всем социумом.

Сам Балинт отмечал в 1952 г. в одной из своих статей, как много времени он проводил вместе с Элис и друзьями в психоаналитических дискуссиях, длившихся, как ему тогда казалось, бесконечно, и в которых они «...плодотворно и даже с наслаждением обменивались различными идеями, критически анализируя их и испытывая на прочность, вместе с тем во многом разделяя и поддерживая взгляды друг друга» (Balint M. *Primary love & Psychoanalytic Techniques*. London, 1952). (здесь и далее – перевод В. Винокура).

В интервью Филипу Хопкинсу, своему соратнику и многолетнему редактору «The Journal of the British Balint Society» (Hopkins P. *Patient-centered Medicine*. London, 1972), Балинт отмечал, что именно в 1920-х гг. он начал понимать, что занятия психоанализом стали поворотным этапом в его жизни. Благодаря им он стал задумываться над тем, как развиваются самые разнообразные психосоматические расстройства и насколько продуктивным может быть психоанализ в их диагностике и лечении. Балинт сохранил этот интерес в течение всей жизни, искусно применяя психоаналитические подходы к решению задач, которые ставит перед врачом его повседневная клиническая практика, включая и проблемы зачастую недостаточно понятной врачу и поэтому нелегкой для него коммуникации с пациентом.

Жизнь в Германии, постепенно восстанавливающейся после ее экономического коллапса, хаоса и страданий, связанных с ее поражением в I Мировой войне, дава-

ла гораздо больше возможностей для творческой работы и развития, чем жизнь в Венгрии. А сам Берлин в те годы был одной из самых интересных культурных и научных столиц Европы. Университет Берлина в то время считался очень престижным, в нем работали многие видные ученые, включая Альберта Эйнштейна, нобелевского лауреата 1920 г. Кроме того, Балинт чувствовал себя в Берлине свободно еще и потому, что немецкий язык был для него родным, поскольку это был язык его родителей и он вырос в немецкой культуре, передавшейся ему от них. Если верно то, что изгнание с родины – это прежде всего лишение человека возможности говорить на своем родном языке, то для Балинта переезд в Берлин не был изгнанием, скорее наоборот, что существенно отличало эту ситуацию от его эмиграции в Лондон накануне II Мировой войны.

Берлин в те годы был и одной из столиц европейского психоанализа. Психоаналитическая ассоциация появилась в нем еще в 1910 г., и активность ее работы в 1920-х гг., включавшая и обучение врачей из других европейских стран, была столь высокой, что З. Фрейд в одной из статей отмечал это как предмет своей особой гордости. На одном из международных психоаналитических конгрессов, проходивших в Берлине в 1922 году, Балинт познакомился с Фрейдом, где тот представлял свою книгу «Я и Оно», и впоследствии они общались достаточно тесно. Майкл Балинт в эти годы, наряду с работой в биохимической лаборатории, активно занимается изучением психоанализа, а затем и медицинской практикой в области психоанализа и терапии психосоматических расстройств, так, они трактовались в то время. Именно благодаря этим работам Балинта во всем мире вполне заслуженно считают одним из родоначальников теории психосоматической медицины. Параллельно с этим он публикует несколько исследований по биохимии, которые получили очень высокую оценку специалистов. Впоследствии он не любил вспоминать об этих работах, тем более говорить о них, поскольку результаты некоторых из них спустя много лет, во время II Мировой войны, когда М. Балинт уже находился в Англии, были использованы немецким химическим концерном «ИГ Фарбен» в производстве смертоносного отравляющего газа «циклон В», применявшегося в нацистских концлагерях. Балинт, естественно, не имел к этому отношения и не нес за это никакой ответственности, но даже само упоминание об этих трагических событиях вызывало у него настоящие душевные мучения.

В 1925 г. Балинт с семьей возвращается в Будапешт и с 1926 г. начинает активную психоаналитическую практику. Этому способствовало то, что он жил в том же здании, в котором тогда находился Венгерский психоаналитический институт. В эти годы он проходит свой личный психоанализ у Шандора Ференци, и можно полагать, что именно тогда у Балинта сформировалось понимание того, что чувства врача, возникающие в коммуникации с пациентом, сами по себе являются важным лечебным фактором и что наиболее часто используемым лекарством для пациента может быть сам доктор («... The most frequently used drug in practice is the doctor himself»). Эта идея стала одной из ключевых в книге М. Балинта «The Doctor, his Patient and the Illness», вышедшей в Лондоне в 1957 г. и очень скоро переведенной на 16 языков (в настоящее время их уже больше, включая и русский).

В 1926 г. Балинт становится членом Венгерского психоаналитического общества. В 1930 г. он – один из основателей первой психоаналитической клиники в Будапеште. В 1935 г., вскоре после смерти Шандора Ференци, он возглавляет Психоаналитический институт и руководит им до 1939 г. Вклад Балинта в его развитие отражен на мемориальной доске в Будапеште, которую в 1996 г. в честь столетия Майкла Балинта

открыли в этом институте делегации баалинтовских обществ 23 стран, включая, помимо европейских, США, Австралию, Аргентину, Южную Африку, Японию. Россия была представлена автором этих строк.

Научные и клинические интересы Баалинта все больше смещались от различных отраслей медицины, включая бактериологию и биохимию, к психоанализу, особенно к его эффективному применению в соматической медицинской практике. Можно считать, что это не было основательной сменой его научных интересов, это было, по сути, их развитием и углублением. Он хорошо понимал, что то, что происходит в телесной сфере человека, очень тесно связано с тем, что происходит в сфере психической, и эти процессы протекают неразрывно, взаимно влияя друг на друга и проявляясь в психосоматическом единстве. Поэтому Баалинта можно по праву считать одним из основоположников современных фундаментальных психосоматических представлений.

С приходом к власти в Венгрии режима адмирала Хорти и особенно после захвата Австрии нацистами в 1938 г., работать венгерским психоаналитиком стало значительно труднее. Баалинт впоследствии, в одной из статей 1970 года, вспоминал, что на всех групповых занятиях и семинарах, которые он проводил с врачами, должен был присутствовать офицер полиции, фиксировавший в своих записях имена членов группы, их высказывания и все происходящее на семинаре, тем самым практически парализуя работу группы. Что дальше происходило с этими записями, ни Баалинт, ни участники группы не знали, что, естественно, только усиливало их тревогу. Курьезность этой ситуации состояла в том, что некоторые из полицейских либо их семьи в то же самое время после занятий группы обращались за медицинской и консультативной помощью именно к Баалинту и становились его пациентами. Сегодня такую ситуацию уже трудно себе представить.

В январе 1939 г., на фоне нарастающего в Венгрии напряжения, связанного с фашистским захватом Австрии, Майкл Баалинт вместе с группой венгерских психоаналитиков был вынужден переехать в Англию, сначала в Лондон, а вскоре после этого в Манчестер. Здесь он вынужден осваиваться в совершенно новой для себя среде и в незнакомом для него языке, ощущая себя как в новой ссылке. Несмотря на постигший его весной 1940 г. новый тяжелый удар, связанный с внезапной смертью жены Элис Ковач, умершей от разрыва аневризмы аорты через несколько месяцев после переезда в Великобританию, когда ей едва исполнилось 40 лет, и появившееся ощущение гнетущего одиночества, он проходит новое обучение и подтверждает свою квалификацию, открывающую ему право на медицинскую практику в Великобритании. Баалинт активно включается в лечение детей, возглавляя в это время очень известную «Child Guidance Clinic». В 1945 г. он защищает в Манчестерском университете диссертацию «Индивидуальные особенности поведения в раннем младенчестве» и получает степень магистра в области психологии (M. Psychol.). Эта работа, посвященная изучению особенностей материнско-младенческих взаимоотношений и показавшая их значение для последующего развития человека и состояния его здоровья, не только предшествовала, но и послужила стимулом для многих последующих крупных исследований второй половины XX в. как в области психоанализа, так и в сфере генетики и нейрофизиологии. Дальнейшая история показала, насколько продуктивной для развития анализа взаимодействия врач–пациент имело исследование парадигмы ранних объектных отношений в жизни человека, описанных Баалинтом.

Этот нелегкий для Баалинта период его жизни включал в себя и непродолжительный (с июля 1944 по март 1947 г.) брак с Эдной Хеншоу (Edna Henshaw). Их связывало

многое в работе и общие интересы – Эдна с 1940 г. работала психологом в Центре психического здоровья в Манчестере, затем прошла обучение психоанализу в Манчестерском университете и личному психоанализу – у Майкла Балинта, стала членом Британского психоаналитического общества, преподавала психоанализ в Лондонском университете и была впоследствии удостоена ордена Британской империи (О. В. Е.), которым награждали за выдающийся вклад в развитие науки, литературы, искусства и дававшего право на пожизненный почетный титул Dame of the British Empire, аналогичный титулу «сэр» у мужчин.

В начале 1945 г. Балинт тяжело переживает трагическое известие о том, что его родители, вынужденные остаться в Будапеште, покончили с собой, приняв летальную дозу лекарств, предпочтя такой исход неизбежному аресту и мучительной смерти в нацистском концлагере.

В конце 1945 г. Майкл Балинт переезжает в Лондон. С этого времени и до 1947 г. он руководит небольшой детской клиникой. В октябре 1947 г. Балинт получает британское гражданство, что открывает ему возможность стать членом Британского психоаналитического общества и позволяет вернуться к психоаналитической практике, прерванной войной и эмиграцией. Через год его приглашают в штат Тавистокской клиники, в которой он работал вплоть до выхода на пенсию в 1961 г., когда Балинту исполнилось 65 лет.



*На фото: Институт и клиника в Тавистоке (Лондон, 1960-е гг.)*

Тавистокская клиника была основана в 1920 г. и получила свое название по имени площади в северо-западной части Лондона, на которой она первоначально располагалась (в настоящее время это уже почти центр города). С самого основания Тавистокский центр патронировался членами королевской фамилии, что служило хорошей иллюстрацией его общенационального значения. В Великобритании «Royal» в названии учреждения всегда означало его более высокий статус и более высокий (по существу – самый высокий) уровень престижа, чем понятие «National». В то время это был один из очень немногих центров, осуществлявших системную психотерапию, основанную на психоанализе, а также подготовку специалистов в различных социальных сферах, связанных с проблемами психического здоровья и межличностных отношений. В Тавистокском центре активные усилия были сконцентрированы на изучении не только различных психических расстройств, но и широкого круга психологических проблем, связанных с обычной профессиональной деятельностью человека, а также факторов и условий, влияющих на его психическое здоровье и социальную адаптацию. Клиника была широко известна также благодаря своей богатой библиотеке, основанной в 1900-х гг. и хорошо отвечавшей потребностям клинической и консультативной практики, научных исследований, преподавания, семинаров и тренингов, проводившихся в Тавистокке для различных специалистов помогающих профессий.

Тавистокская клиника стала местом рождения первых балинтовских групп. Вскоре после того, как Балинт начал работу в этом центре, была запущена целая серия его ставших впоследствии многолетними и популярными семинаров не только для врачей, но и социальных работников, консультантов по семейным проблемам и других специалистов, постоянно сталкивающихся в своей работе с коммуникативными сложностями. Эта работа связывает его с Enid Albu–Eichholz (1903–1994), с которой он познакомился в 1949 г. и которая стала в 1953 г. его женой и помощницей, активно продолжавшей развитие этих групп и после смерти Балинта 31 декабря 1970 г. Энид в 1947–1948 гг. была организатором центра семейной терапии, позднее вошедшего в состав Тавистокского института, где проходило обучение социальных работников технологиям семейного консультирования, что было очень востребовано в послевоенной Великобритании. Она осуществляла обучение и тренинг персонала, проводившего семейную терапию с парами, обращавшимися за психотерапевтической помощью в этот центр, консультируя прежде всего самих психологов и социальных работников и помогая им вырабатывать новые подходы в семейной терапии супружеских пар. Одновременно с этим она проходила обучение психоанализу, и среди ее учителей, наставников и супервизоров были известные психоаналитики, например, Дональд Винникотт. В 1954 г. Энид, представив свою работу по исследованию невроза переноса, становится действительным членом Британского психоаналитического общества. В 1970–1974 гг. она руководила Британским институтом психоанализа, и ее воспоминания и размышления об опыте тех лет описаны Энид в книге «Прежде, чем я была собой» («Before I was I», 1993). В этой книге представлены также глубокие аналитические взгляды Энид Балинт на природу бессознательной коммуникации, в частности ее невербального компонента, в профессиональном взаимодействии с пациентами, что тесно связывает ее работы с идеями Ш. Ференци, Д. Винникотта и, конечно, Майкла Балинта.



*На фото: Энид и Майкл Балинты в конце 1960-х гг. (фотография М. Burke)*



*Майкл и Энид Балинты (рисунок Olga Dormandi)*

Энид Балинт, безусловно, находится среди важнейших людей, стоявших у истоков появления балинтовских групп, нового метода, который, по мнению многих исследователей, помог врачам по-новому взглянуть на то, что они делают в своей практике. Истории этого открытия посвящено довольно много работ, и во многих из них задается вопрос: «Как это случилось, что женщина, неустанно подчеркивавшая, что она психоаналитик и привыкла работать одна, совместно с другим известным и признанным в мире психоаналитиком создает новый метод „групповой супервизионной работы“, в котором самое большое внимание уделялось характеристикам бессознательных психических процессов?» Ключевая идея, из которой родилась «идеология» и технология их работы, принадлежала, по свидетельству современников М. Балинта и участников первых балинтовских групп, именно ей. Энид познакомила Балинта с технологией casework, которую она успешно применяла в тренинге социальных работников и семейных психологов-консультантов в Тавистокском центре и в которой уже тогда обсуждались вопросы коммуникации с клиентами / пациентами. При этом основной акцент в этой технологии делался на анализе переносов и связанных с ними контрпереносов в коммуникации, психологических защит и сопротивлений самих профессионалов. Энид принадлежала идея о том, что вместо попыток устанавливать психологический «диагноз» каждому из супругов в отдельности и стремиться устанавливать «вину» каждого из них за сложности в семейных отношениях, вместо попыток определять ошибки в поведении одного из супругов и исправлять их, критически важной является задача как можно точнее понять то, что происходило между ними, как складывались их взаимоотношения и их взаимные реакции. Эту идею и эту технологию работы супруги Балинты успешно перенесли в работу первых групп супервизии врачей, которые впоследствии получили название балинтовских. Подход, направленный на анализ эмоционально напряженной межличностной профессиональной коммуникации, впоследствии лег в основу работы балинтовских групп не только врачей, но и других коммуникативных профессионалов (психологов-консультантов, социальных работников, педагогов, а в некоторых европейских странах – даже священников и полицейских).

Осенью 1950 г. Майкл и Энид Балинты начали свои супервизионные семинары для врачей общей практики, а в 1952 г. М. Балинт публикует в журнале «Lancet» приглашение для врачей принять участие в новой групповой работе – дискуссионных семинарах по психологическим проблемам широкой врачебной практики. Это привлекло к участию в семинарах многих врачей. Первая группа, которую вел Балинт, собиралась еженедельно на 2 часа и открывалась его вопросом, ставшим впоследствии традиционным для балинтовских групп всего мира: «У кого есть история для представления?» («Who has a case?»), что для всех присутствующих участников группы означало: «Кто хотел бы рассказать о своем пациенте, которого вы находите трудным и неясным для себя и для работы и взаимодействия с ним, и обсудить это с группой?». Никакие рамки клинических характеристик пациентов или конкретной медицинской сферы заранее не задавались, выбор пациента для обсуждения в группе зависел исключительно от участников группы, однако с самого начала устанавливалась отчетливое направление в групповой дискуссии – отказ от сбора обильной (и поэтому избыточной) клинической информации, оперирования теоретическими классификациями и клиническими диагнозами, а также методиками лечения (сейчас это называли бы стандартными протоколами лечения безотносительно к тому, каковы индивидуальные особенности пациента). После того как кто-то в группе начинал рассказывать свою историю, сам Балинт преимущественно хранил молчание либо был

очень немногословен, адресуя активность в обсуждении самой группы и всячески ее стимулируя. В его группе не было жесткого правила очередности представления своих случаев из практики или очередности высказываний в кругу, все всегда происходило спонтанно. Этот опыт представляется сегодня очень важным для понимания того, насколько искажается характер работы многих нынешних балинтовских групп (или называющих себя таковыми), функционирующих на основе избыточно жесткого и авторитарного регулирования их рабочего процесса самими ведущими этих групп, например в случаях введения ими правил обязательного высказывания всеми участниками, причем только по кругу, в порядке строгой очередности, установления обязанности задавать определенное количество вопросов, внести строго определенное количество идей, обязанности поделиться своим «успешным» опытом работы в «аналогичных» случаях (по принципу «Что бы я сделал на вашем месте») и т. д. У Майкла Балинта есть прямые предостережения против деформации работы группы такими методами, резко снижающими эффективность супервизии и достигающими только одного эффекта – нарастания тревоги и напряженности в группе и усиления в ней психологических защит и сопротивлений, соответственно, и конфронтаций, очень осложняющих процесс супервизии в группе и помощи друг другу.

Центральной нитью этих дискуссий в группах врачей (а впоследствии и других помогающих профессионалов) было обсуждение взаимодействия «врач–пациент (клиент)», при этом фокус внимания был в большей степени ориентирован не столько на врача, сколько на пациента, поскольку он сам физически в группе никогда не присутствовал, поэтому всегда был зоной проекций врача, и участники группы знакомились с ним, исходя из нарратива представлявшего и описывавшего его врача, естественно, фрагментарного, неполного, противоречивого и очень субъективного, как и любого нарратива. Участникам группы такая технология поначалу давалась очень нелегко, но постепенно это становилось все более привычным и более понятным, им удавалось все легче сосредоточивать внимание на своих, ставших привычными и поэтому часто неосознаваемыми, способах мышления о своих стилях коммуникации с пациентами и связанных с этим переживаниях, поведенческих реакциях в процессе взаимодействия с пациентами. Одновременно с этим, а возможно, именно благодаря этому врачам удавалось замечать все более тонкие реакции самих пациентов, до этого казавшиеся не важными и не значимыми для самого терапевтического процесса и для «самочувствия» врача. Эти наблюдения хорошо иллюстрируют и подтверждают, несомненно, известное давно, но как будто вновь открытое представление о том, что на нас гораздо сильнее влияет то, что делаем мы сами, чем то, что делают с нами другие люди. Эти наблюдения послужили и хорошим подтверждением идеи Фрейда, одного из учителей Балинта, о том, что субъективное так же важно для понимания межличностного взаимодействия, как и объективное (если их, конечно, возможно разделить).

Многие коллеги и ученики Майкла Балинта, участвовавшие в группах, которые он вел, сходятся во мнении, что его стиль ведения отличало умение хорошо слушать все то время, пока история представлялась группе. Но сразу после этого дискуссия в ней с его участием, по описанию Robert Gosling (1996), могла становиться несколько «шероховатой и грубоватой». По воспоминаниям Michael Courtenay (1993), Майкл Балинт бывал очень директивным в настойчивом объяснении докладчику и другим членам группы некоторых важных, на его взгляд, аспектов обсуждаемой истории. Его объяснения временами могли даже выглядеть как теоретические мини-лекции. Анализ публикаций этих и других авторов позволяет предположить, что его собственный

стиль ведения группы был далек от того, как осуществляют этот процесс сегодняшние ведущие, исходящие из современных представлений о технологии работы ведущего балинтовской группы. J. Salinsky (2016) по этому поводу даже иронизирует, что если бы Балинт решил вести группу сегодня, ему, скорее всего, предложили бы посетить несколько методических семинаров (Balint Weekends) и затем пройти процедуру аккредитации ведущих, как и всем остальным. Справедливости ради стоит отметить, что в последние годы жизни, когда Балинт сам вел обучающие группы, он как ведущий стал гораздо мягче и менее директивным.

У нас есть достаточно много воспоминаний об Энид Балинт как ведущей. Участники первых ее групп отмечают, что когда супруги Балинты вели группу совместно, Майкл Балинт представлялся им излишне жестким и, по выражению Michael Courtenay (2004), даже «абразивным», тогда как Энид регулярно вставала на защиту группы, которую она воспринимала как своих «малышей». Она создавала у группы ощущение спокойствия и безопасности в работе, которому сопутствовало впечатление ее сочувствующей внимательности, что часто очень помогало группе и служило ей хорошей поддержкой. J. Salinsky (2016) отмечает высокую степень ее активности в процессе работы группы, что вполне соответствовало и собственному представлению Энид о себе как активной ведущей, много говорящей и очень заметной в группе, нередко употреблявшей много шуток и часто вызывавшей смех в группе своими остроумными репликами.

Удивительно, что стиль ведения группы Энид Балинт тоже мог бы считаться необычным, – с ее в то же время мягким, тихим, ровным и спокойным голосом, нередко переходящим в шепот. Она довольно свободно и легко вносила в групповую дискуссию различные замечания, так что у многих в группе создавалось впечатление, что она была скорее обычным участником, просто более опытным, чем другие, нежели ведущим группы. Она часто обращалась напрямую к докладчику, объясняя ему, что она считает важным в том, что произошло в представляемой им истории. Энид часто проводила обзор различных аспектов его нарратива и выраженных в нем переживаний докладчика, при этом почти никогда не употребляя психоаналитической терминологии. Ей удавалось изящно резюмировать наиболее существенные элементы обсуждаемой коммуникации врач – пациент в настолько мягкой и деликатной манере, что вся группа чувствовала с ней магический труднообъяснимый резонанс, – отмечает J. Salinsky (2016), многолетний участник ее группы. Стиль Энид Балинт в ведении группы оказался не просто ярким, но и очень поучительным для многих будущих ведущих, хотя воспроизвести его почти буквально оказалось для них крайне сложным. По крайней мере, два важнейших пункта ее стиля стали для ведущих практически заповедями в работе, – проявлять сдержанность и немногословие и не увлекаться в работе группы глубоким «бесконечным» психоанализом.

В эти же годы в Тавистокском институте работали и другие ведущие групп, которые, будучи очень квалифицированными психоаналитиками, на протяжении многих лет развития этого процесса придерживались другой линии. Они долгое время в процессе обсуждения представленной в группе истории сохраняли терпеливое молчание, а затем очень авторитетно и убедительно объясняли группе, в чем заключалась вся суть этой истории. В определенном отношении это находило поддержку и у Майкла Балинта, который считал, что ведущий группы должен быть психоаналитиком и, естественно, подготовленным и в технологии работы с группой. Впоследствии, уже после смерти Балинта, по инициативе Энид, с начала 1970-х годов стали постепенно отказываться от этого жесткого требования, считая, что даже обычный

врач, «поварившийся» достаточное время в соку балинтовской группы, может стать ее ведущим, но при наличии у него определенной по длительности подготовки и супервизии. С этого времени супервизия стала неотъемлемым элементом подготовки балинтовских ведущих и в ней закрепилось представление о том, что именно ведущий ответствен за то, чтобы группа в своей работе фокусировалась на анализе взаимодействия врач–пациент в представленной истории, оставляя в стороне ее клинические аспекты и связанные с ними поиски решений. После создания Международной Балинтовской Федерации и развития оживленных контактов и взаимодействия между ведущими разных стран такой подход к пониманию работы балинтовской группы и стилей ее ведения стал общепринятым.

Анализ первых лет работы этих групп лег в основу вышедшей в 1957 г. и ставшей классической книги Балинта «The Doctor, his Patient and the Illness» («Врач, пациент и его страдание»), в течение очень короткого времени переведенной на многие ведущие языки мира, включая русский, и принесшей ему мировую известность. Борис Любан-Плоцца (1923–2002), известный швейцарский психотерапевт, один из лидеров мирового балинтовского движения, основатель асконской модели ведения балинтовских групп (Аскона – город в южной Швейцарии, где он жил и работал) и учрежденной им в 1976 г. ежегодной Балинтовской премии (Ascona Balint Award) считал знакомство с этой книгой не просто важнейшим, но даже поворотным моментом в своей жизни. Он писал, что эта книга укрепила его убеждение, что взаимодействие «врач–пациент» («interpersonal relationships») вместе с их взаимозависимостью («mutuality») является одним из наиболее значимых элементов и даже основой всего лечебного процесса. Б. Любан-Плоцца со свойственной ему всю жизнь высокой, яркой и очень заразной эмоциональностью (что нетрудно понять, зная о его русских корнях), которая буквально пленяла его слушателей (автору этих строк посчастливилось неоднократно бывать среди них), так описывает свои впечатления от этой книги: «Настоящая жизнь – это всегда встреча... Особенно это относится к Майклу Балинту, который просто однажды постучал в мое сердце и помог мне понять, что пациент делает со мной, что я делаю и как обращаюсь с ним, что происходит между нами с первых минут нашего контакта».

Это в дальнейшем помогло Борису Любан-Плоцца, как и огромному количеству других врачей во всем мире, стать «достаточно хорошими докторами» (это парафраз выражения Donald Winnicott «the good enough mother» – «достаточно хорошая мать», который впоследствии расширился до идеи, сформулированной для балинтовских ведущих, – «to be the good enough leader»), осознающими различие между «сбором анамнеза и клинических данных и позволением страданиям и переживаниям пациента коснуться вас и проникнуть в вас». Сам Балинт очень гордился тем, что его идеи и открытие новой технологии работы с врачами, описанной в его книге «Врач, пациент и его страдание», были хорошо созвучны многим идеям, высказанным Дональдом Винникоттом, хотя они, как им обоим тогда казалось, последовательно двигались в разных направлениях. Манон Хоффмайстер, известный немецкий психоаналитик, анализируя значение этой книги, отмечал, что в своей работе Балинт привлек большое внимание к «межлическим» отношениям, прежде всего отношениям между двумя людьми, независимо от того, в какой профессиональной медицинской или консультативной сфере они складывались – в психоаналитической ситуации или в общемедицинской практике. «Он пытался понять и прочувствовать, что происходит между этими двумя людьми, между врачом и его пациентом. Когда Балинт стал понимать происходящее между этими двумя людьми, как взаимодействие, возник-

ла необходимость в понимании не только пациента и его внутренних психических процессов, но и того, как пациент воспринимает психотерапевта и саму терапевтическую ситуацию. Как бы психотерапевт ни старался придерживаться «объективной, участвующей пассивности» и контролировать свой контрперенос, он не воспринимается пациентом как человек, наблюдающий со стороны; он воспринимается как партнер в рамках терапевтической ситуации. Поэтому понять развивающуюся между терапевтом и пациентом атмосферу их взаимодействия и истолковать ее становится столь же важно, как понять и самого пациента. В качестве терапевтического средства воздействует не только то, что терапевт вербально сообщает пациенту, то есть его интерпретация, но и сам врач становится терапевтическим средством. Такое понимание терапевтического воздействия привело Майкла Балинта к формулировке «Врач сам про себе – лучшее лекарство» и к сохранявшемуся на протяжении всей его жизни стремлению исследовать отношения между врачом и пациентом, сделать приобретенные при этом знания об их отношениях полезными для пациента» (Энциклопедия глубинной психологии. Т. III. Последователи Фрейда. М., 2002).

К оценке значения книги Майкла Балинта «Врач, пациент и его страдание» вполне можно отнести слова А. Jablonsky (2013), которыми описывалось значение книги Карла Ясперса «Общая психопатология» в развитии психиатрии: «Диапазон влияния книги такого масштаба должен оцениваться не только исходя из частоты ее цитирования в литературе, но прежде всего исходя из той степени, до которой ее идеи проникли в содержание научной дисциплины, часто в процессе этой ассимиляции немного утрачивая авторство». Тут можно еще раз вспомнить, что имя М. Балинта со временем стало в мире нарицательным, отражающим целое новое профессиональное направление и общественное движение, спланивающее специалистов помогающих профессий и активно развивающее их компетентность в работе.

Если вспомнить то важное обстоятельство, что книга Майкла Балинта была совершенно оригинальным трудом, не содержащая положенного в научных трудах списка цитируемой литературы, то к оценке значения этой книги М. Балинта вполне отнести слова Альбера Камю: «Прежде философы размышляли гораздо больше, чем читали. Книгопечатание все изменило. Теперь читают больше, чем размышляют. Вместо философии у нас одни комментарии. ... Дошло до того, что сегодня философский трактат, не ссылающийся ни на какие авторитеты, не подкрепленный цитатами и комментариями, никто не принял бы всерьез».

Сама по себе формула, заложенная в названии книги Майкла Балинта, оказалась настолько продуктивной, что впоследствии она послужила стимулом и основой для многих других работ, воспроизводящих ее суть и продолжающих ее развитие. Например, можно здесь отметить вышедшую в Лондоне в 1993 году книгу нескольких британских авторов, членов балинтовой группы, которую на протяжении многих лет вела Энид Балинт, – «The Doctor, the Patient and the Group» («Врач, пациент и группа»), сборники статей «The student, the patient and the illness» («Студент, пациент и его страдание»), публиковавшихся МБФ в 2015-2018 годах (автору этих строк довелось быть одним из их рецензентов), статью и серию семинаров J. Dammers et al. (2017) «Пациент, клиницист, ведущие и группа» (“Patient, the Clinician, the leaders and the group”), книгу S. Zalidis «Врач общей практики, его пациент и их чувства» (“A General Practitioner, his Patients and their Feelings”, London, 2001), работу Н. Jablonski «Врач, внешняя реальность и балинтова группа» (“The Doctor, the External Reality and Balint group”, 2017), «Врач, пациент и Тень» (“The doctor, the patient and the Shadow”, J. Salinsky, 2016) и др.

К описанию стиля творческого самовыражения самого Балинта можно с успехом отнести замечание Иосифа Бродского, хотя и сделанное по другому поводу, – о поэте Стивене Спендере, официальном поэте-лауреате Библиотеки Конгресса США, выделяя в качестве одной из главных черт его способность особого восприятия мира: «Казалось бы избитая истина слетала с его уст только затем, чтобы оказаться полностью перевернутой в конце фразы».

Многие из идей М. Балинта, связанные с этой работой, впоследствии оказались очень успешно реализованными на практике, – например, на основе его отдельных семинаров, начавшихся в 1952 году, впоследствии был образован Британский институт психосексуальных исследований.

В 1961 г. Балинт переходит на работу в London University College Hospital, где создает и развивает серию новых семинаров и занятий по супервизии для врачей, начало чему было положено им еще в Будапеште 25 лет назад под руководством Шандора Ференци, а затем продолжено в Лондоне в начале 1950-х гг. и впоследствии стало широко известно во всем мире как «балинтовские группы». Эти группы с самого начала регламентировались правилами представления случаев по памяти, без записей, и ориентировались в своей работе на анализ взаимоотношений с пациентами путем выражения эмпатии и свободных ассоциаций участников группы.

Все эти годы Майкл Балинт активно занимается исследованием психоаналитической теории и практики. Это выразилось в 7 книгах и более, чем 100 научных статьях, что стало огромным вкладом в развитие психоанализа. Ему принадлежат описания «первичной любви» (1952) и «основной вины» (1968), многие из его работ посвящены регрессии и ее роли в психотерапевтическом процессе. Это позволило врачам по-новому посмотреть на объективно существующую зависимость пациента от врача и на потенциальную возможность возникновения у последнего родительского, патерналистского контрпереноса в отношении пациента, нередко достаточно травматичного для них обоих. Именно Балинту принадлежат тонкие, стилистически изящные, даже изысканные описания этой взаимной зависимости. Еще одним важным вкладом в развитие психоанализа стала его книга «Волнения и регрессии» (1959). В ней Балинт развивает представление о том, что человеческие переживания и эмоции могут быть поняты только в связи с их «объектом», тем человеком, которым они вызваны или которому адресованы, поэтому не существуют отдельно от него. Это также имело очень тесную связь с тем, что впоследствии стало фокусом аналитической работы и супервизии в балинтовских группах.

Подтверждением признания высокого авторитета М. Балинта в психоанализе стало избрание его в 1968 г. президентом Британского психоаналитического общества (до этого, в 1951–1953 гг., он был его ученым секретарем). Одновременно с этим Балинт руководит медицинской секцией Британского психологического общества. По его инициативе стали проводиться ежегодные конференции Европейской психоаналитической федерации.

Ко времени своей смерти в конце декабря 1970 года Майкл Балинт уже был ведущей фигурой британского психоаналитического сообщества, сотрудником всемирно известного тавистокского института, основателем мирового балинтовского движения. Его книги, особенно по супервизии, уже были переведены на множество языков мира и произвели настоящий переворот в умах огромного количества людей в разных уголках мира.



*На фото: Майкл Балинт (конец 1960-х гг)*

По замечанию E. Rimmer (2017), одного из известных европейских психоаналитиков, сформированная им балинтовская технология групповой супервизии и анализа коммуникации врач – пациент стала «пристанищем для ищущих приюта психотерапевтов и других врачей». Балинт постепенно стал для них человеком, чьи работы пересекли границы медицинских специальностей, профессиональных культур, закрытых врачебных клубов. Его теория стала для помогающих профессий практически универсальной, поскольку везде, где есть врач и пациент с его страданием, есть и проблема коммуникации между ними, а все ее компоненты всегда особенные и неповторимые, – пациент, врач и их взаимодействие, отсюда и сочетание их всегда неповторимо и поэтому сложное.

В последние годы жизни у Майкла Балинта развивался тяжелый диабет, осложнившийся прогрессирующей слепотой. Немногие люди знали об этом, поскольку благодаря поддержке и постоянной помощи жены он продолжал работать, сохраняя при этом высокую активность. Энид Балинт продолжила вести группу врачей, в которой они совместно с Майклом работали много лет, и анализ работы этой и многих других балинтовских групп представлен ею в книге «Six Minutes for the Patient» («Шесть минут на пациента», Лондон, 1973).

В 1993 г. в Лондоне вышла книга «The Doctor, the Patient and the Group» («Врач, пациент и группа»), ведущим соавтором и редактором которой была Энид Балинт. В этой книге развивалось теоретическое наследие и представления М. Балинта о том, что именно коммуникация с пациентом является залогом успешной врачебной практики, поскольку в представлениях пациента обязательно формируется определенный образ врача как значимой персоны, существенно влияющей на отношение пациента к врачу и на эффективность сотрудничества с ним. Несколько вопросов, поставленных авторами этой книги, в частности о том, почему врачи игнорируют значение субъективности в своей работе и то, что они по разным причинам не могут понять (осознать) во взаимодействии с пациентом, насколько процесс и результат клинической диагностики зависит от тех чувств, которые испытывает врач во время общения с пациентом, получили свое разрешение в балинтовских группах, которые многие годы после смерти Майкла Балинта продолжали проводить Энид Балинт, их общие коллеги и ученики. Описанный в этой книге опыт хорошо иллюстрирует представление З. Фрейда (1910) о том, что «...наиболее успешные случаи во врачебной практике – это те, в которых врач встречает пациента без предвзятых представлений и предварительных внутренних условий, без установки, что пациент должен им соответствовать, с открытой готовностью к сюрпризам и неожиданностям в своих переживаниях и реакциях в процессе взаимодействия с пациентом».

По воспоминаниям Филипа Хопкинса, участника одной из первых балинтовских групп и затем ее постоянного члена (автору этой книги довелось неоднократно работать вместе с ним на семинарах в Лондоне и Оксфорде в 1996–2002 гг. в этой же, продолжавшей существовать и активно действующей балинтовской группе), на одном из семинаров в 1954 г. он услышал фразу М. Балинта, впоследствии вошедшую в опубликованную в 1957 г. уже указанную книгу: «Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство – сам врач. В лечении пациента важны не столько собственно микстуры или пилюли, назначенные ему при этом заболевании, сколько атмосфера, в которой лекарство назначается врачом и в которой оно принимается пациентом. (...) Это предполагает, что, как и в случае применения любого другого лекарства, необходимо тщательно взвесить показания к назначению такого лечебного «средства», как врач, его дозы, ограничения в применении, наиболее удобные способы приема и даже возможные побочные эффекты».

Филип Хопкинс (1920–2006) – человек, представляющий целую эпоху в истории балинтовских групп и заслуживающий отдельного упоминания за свой огромный вклад в их развитие. Родившийся в семье выходцев из России, эмигрировавших в Англию (еще один повод отметить, как много было в балинтовской истории ярких личностей с российскими корнями), он в 1939 г. получил в Лондоне диплом врача, затем участвовал во II мировой войне в составе частей британской армии и многие годы работал врачом общей практики. Знакомство Хопкинса с Майклом Балинтом произошло в 1952 г., когда он откликнулся на приглашение принять участие в одном из семинаров для врачей в Тавистокской клинике, посвященном психологическим вопросам взаимодействия врачей с пациентами, и это, по воспоминаниям Филипа Хопкинса, стало событием, изменившим всю его дальнейшую жизнь. В 1954 г. несколько участников семинара образовали группу, которой было суждено стать прообразом первой балинтовской группы и на материале работы в которой Балинт написал книгу «The Doctor, his Patient and the Illness», опубликованную в 1957 г. В предисловии к ней Балинт выражает особую признательность Филипу Хопкинсу за его помощь в подготовке и редактировании текста, что, по мнению Балинта, позволило сделать его значительно более ясным и четким. Это было началом долгого пути Хопкинса как

будущего многолетнего редактора журнала Британского Балинтовского общества. В дальнейшем он был постоянным членом всех авторских коллективов, выпустивших все наиболее значительные книги по описанию работы балинтовских групп, при этом он сам был еще и автором многочисленных очень глубоких, достойных восхищения статей на эту тему, до настоящего времени вызывающих интерес и привлекающих к себе внимание. Он же был одним из основателей Британского Балинтовского общества и его первым президентом, редактором материалов нескольких Международных Балинтовских конгрессов, в частности «Пациент-центрированная медицина» (Лондон, 1972) и «Человеческое лицо медицины» (1978). На протяжении 1980–1990-х гг. Хопкинс был традиционным ведущим балинтовских групп на семинарах, регулярно проводившихся Британским Балинтовским обществом для подготовки ведущих этих групп. Его последнее большое выступление произошло на VIII Международном Балинтовском конгрессе в Оксфорде (1998) и оно было озаглавлено вопросом: «Каким был Майкл Балинт?».

По справедливости, можно было бы сказать – таким же, как сам Филип Хопкинс, который неустанно на собственном примере, на протяжении многих лет своей врачебной практики, олицетворял «человеческое лицо медицины», умение слушать и понимать своих пациентов, относиться к ним доброжелательно, тепло и сочувственно. Примечательно, что и умер Хопкинс 31 декабря 2006 г., в день смерти Балинта.

Исследуя исторические корни балинтовской супервизии и собственно балинтовских групп, можно отметить, что сегодня, когда клиническая практика располагает все более дорогостоящими, мощными и, соответственно, небезопасными лекарственными средствами, все активнее возникает вопрос о том, что медицина должна быть эмпатийной и гуманистически ориентированной. Похоже, что Балинт, предвидя эту ситуацию, предложил одно из успешных решений этой задачи задолго до того, как «медицина, основанная на доказательствах», стала формироваться как новая научная дисциплина. При этом он подчеркивал, что то, что мы сегодня называем «феноменологическим» подходом, несмотря на все его трудности в понимании и интерпретации, является абсолютно необходимым условием сохранения гуманистических основ медицины, в частности такой ее области, как психотерапия.

Анализируя работу первых групп, Балинт показал (1955), как ограничивает врачом то, что он назвал их апостольской функцией (или миссией), связанной с прочно впитавшейся и укоренившейся во врачебном самосознании еще со времени обучения в медицинском вузе системой достаточно прочных иррациональных представлений, взглядов, убеждений, пристрастий и различных директивных установок, формирующих и избирательно дополняющих собственный профессиональный и жизненный опыт врача («The doctor's apostolic function: the doctor's tendency to have unrealistic expectations of the patient based on the doctor's own values» – Апостольская миссия врача: его стремление поддерживать у себя нереалистичные ожидания от поведения пациента, основанные на собственных ценностях самого врача).

С этим, по мнению Балинта, может быть связана значительная часть последующих разочарований, огорчений, неприятных переживаний и даже страданий как у пациента, так и у врача. Эти дискомфортные чувства отнюдь не являются неизбежными в его работе. Балинт показал, как группа способствует изменениям по крайней мере двух компонентов в работе врача и в его отношении к пациентам. Во-первых, она в той или иной мере приводит хотя и к ограниченному, но вполне ощутимым позитивным личностным изменениям в самом враче, придавая ему новую степень свободы и уверенности, тем самым помогая ему стать профессионально более успешным. Во-вторых, группа помогает ее участникам повысить чувствительность к их осозна-

ваемым и, что особенно важно, неосознаваемым эмоциональным реакциям во время общения с пациентами. «Все, что раздражает вас в других, может вести к пониманию себя», – эта идея, предложенная Карлом Густавом Юнгом, оказалась очень плодотворно реализованной в балинтовской аналитической технологии.

«Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что вряд ли им всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого» (Balint M., 1955). Это, по мнению Балинта, благоприятно влияет на формирование взаимопонимания и эффективного терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом. Впоследствии Густав Майринк в «Белом доминиканце» еще более точно выразил это же, заметив, что единственная беседа, которая может человека чему-то действительно научить, – это его беседа с самим собой.

По свидетельству многих участников первых групп, основанных Майклом Балинтом, его стиль ведения этих групп позволял участникам почувствовать себя безопасно и защищенно не только при описании трудных случаев взаимодействия с пациентами, но и в выражении своих переживаний, связанных с представляемыми в группе случаями. Благодаря этому участники первых групп стали лучше осознавать, что чувства, испытываемые врачом во время его рассказа в группе, во многом очень схожи с тем, что испытывал пациент во время общения с этим врачом. Это позволяло врачам значительно лучше понимать самих себя, своих коллег по группе и своих пациентов. Впоследствии Балинт (1955) описал этот процесс как достижение состояния «... мужества в признании собственного невежества... Это означает, что у врача в группе появляется шанс научиться, как, работая с пациентом, чувствовать себя внутренне свободно и оставаться самим собою. Это означает, что врач научается использовать свой опыт и умения, ничего в себе не подавляя и не вытесняя. Это также помогает врачу научиться реже использовать привычные для него „автоматические“, порывистые, импульсивные реакции, направленные на других людей и не позволяющие ему тоньше настраиваться на переживания и реакции пациента, что тем самым помогает улучшить терапевтическое сотрудничество с ним».

Развитие этой идеи хорошо отражено в современных психоаналитических работах, в частности, у Н. Мак-Уильямс (1998): «Как только психотерапевт начинает „чувствовать“ своего пациента, стремление мыслить о нем диагностически (тем самым ориентируясь на решение. – В. В.) отходит на второй план. Психотерапевт, обеспокоенный лишь тем, чтобы дать правильное диагностическое определение своему пациенту, неизбежно будет перегружать терапевтические отношения ненужным интеллектуализированием». Это, добавим, во многих случаях осложняет взаимодействие с пациентом, делает его менее эмпатийно окрашенным и наполненным, что, соответственно, снижает эффективность самой терапии. Анализ более чем полувековой работы балинтовских групп в разных странах показал, что М. Балинт предложил в этой технологии очень эффективный метод, помогающий врачу снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами. Это способствовало тому, что врачам удавалось перейти к «межличностной психологии», исследуя в каждом случае характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эти отношения, а также связанное с этим снижение эффективности самой врачебной работы. Со временем такая технология балинтовских групп помогала врачам постепенно сменить акцент с болезнь-центрированного подхода в своей работе на пациент-центрированный. «Пациент-центрированная медицина» («Patient-Centered Medicine») и «Человеческое лицо медицины» («The Human Face of Medicine») – под этими названиями, довольно точно отражавшими основные идеи М. Балинта, в 1970-

х гг. прошли первые международные Балинтовские конгрессы, ставшие впоследствии традиционными и регулярными.



*На фото: Энид Балинт (в центре у стены) ведет демонстрационную группу («аквариум») на I Международном балинтовском конгрессе (Лондон, 1972)*

Опыт работы первых групп показал, что одной из их важных целей было развитие у врачей нового для них умения – слышать не только высказанные пациентом слова, но также и то, что не было произнесено им вслух, что нередко бывает важнее сказанного. Этот новый навык включал и умения врачей прислушиваться к самим себе, к своим реакциям и переживаниям, связанным с пациентом, поэтому группа, даже работающая в течение многих лет (потенциал балинтовских групп позволяет им сохраняться и успешно работать в течение десятилетий!), может постоянно развиваться и находиться на пути к новым «открытиям». В последние десятилетия групп-анализ, реализуемый в балинтовской группе, все активнее применяется для самых различных неклинических целей, в частности для обучения и супервизии. Это связано с тем его достоинством, что групп-анализ позволяет получить более глубокое понимание бессознательных групповых и индивидуальных процессов, уменьшить их деструктивное влияние на терапевтическую практику и высвободить творческий потенциал самих врачей, чтобы сделать их работу более успешной.

### **Современные представления о принципах и технологии работы балинтовских групп**

Сценарий работы балинтовской группы воспринимается как вполне «нормальный» и понятный для многих людей, хотя бы однажды принявших участие в ней, но для многих врачей или даже психологов, тем не менее, может казаться чем-то малопонятным или вовсе неестественным. Ситуация, когда ведущий группы приглаша-

ет несколько своих достаточно занятых нелегкой работой коллег регулярно собираться, чтобы провести определенное время для обсуждения своих самых трудных пациентов, кажется вполне целесообразной и необходимой. Однако тут сразу же становится очевидным и вместе с тем неожиданным, что группа не собирается для обсуждения диагноза или схемы лечения пациента и не будет фокусировать свое внимание на клинических аспектах представленной истории! Все время своей работы она будет обсуждать взаимоотношения врача, одного из участников группы, и его пациента. Более того, если группа и будет обсуждать «трудных» пациентов со сложно протекающими болезнями, то она прежде всего направляет свое внимание на то, как это заболевание выражается в переживаниях пациента, почему он не следует рекомендациям врача, каким образом это фрустрирует обоих участников взаимодействия и т.д.

Группа собирается для обсуждения то, как пациент «напоминает» врачу про границы его психологических особенностей в коммуникации с ним, возможностей его влияния на нее и бессознательно «указывает» врачу на них. Группа анализирует то, как пациент живет в определенном внутреннем хаосе, который он «приносит» в кабинет врача, указывает на то, почему мы определенных пациентов не хотим видеть у себя на приеме и которым, как нам самим кажется, мы не очень успешно помогаем, но которые, тем не менее, почему-то нас не покидают (иногда только в нашей памяти, все же не отпускающей нас, но остающейся не всегда осознанной). Ведущий группы разъясняет ее участникам, что даже простой, но заинтересованный разговор, а лучше, если еще и глубокое аналитическое обсуждение их чувств, особенно связанных у врача с переживанием своей неудовлетворенности коммуникацией с пациентом, выражаемого в кругу своих коллег, помогает врачам постепенно становиться все более успешными в своей работе и постепенно создавать растущее удовлетворение у обоих (пациента и врача) от своего взаимодействия в процессе терапии.

У ведущих балинтовских групп нет сборника универсальных правил, как безусловно создать в группе атмосферу эмоциональной безопасности, как достичь возможности для всех участников как можно точнее понимать самим и обозначать свои эмоциональные реакции, связанные с пациентами, как выражать то, что у врачей принято вытеснять и подавлять в себе очень активно. В разных группах это происходит по-разному, важно только, чтобы ощущение эмоциональной поддержки и безопасности в группе сочеталось с эффективностью и полезностью той психоаналитической техники, которая используется в работе группы ее участниками, создавая и ощущение эмпатии, и взаимопонимание.

Почему эта технология работает успешно? Почему многие врачи и другие специалисты устойчиво ходят в свои группы так же, как признательные им пациенты ходят к ним, выражая свое доверие и снова пользуясь их вниманием, заботой и помощью?

В качестве одного из основополагающих принципов работы балинтовских групп можно отметить тесную и вполне обоснованную взаимосвязь медицины и психоанализа. Это исходно определено природой самого лечебного процесса, происходящего в пространстве единства и сложного взаимодействия психического и соматического у любого пациента и предъявляющего высокие требования к врачу, который должен понимать эту связь как естественную данность. Поэтому ему предстоит в каждом случае определять, каковы в реальности складывающиеся в данном случае взаимоотношения врач – пациент, в отличие от того, какими они должны быть по его представлениям или по его пожеланиям. Кроме того, врачу предстоит описать и определенным образом оценить изменения, происходящие в этих взаимоотноше-

ниях с пациентом после их супервизии и анализа в группе. Естественно, что в этих случаях процесс работы в группе успешно развивает и фасилитирует у врачей понимание себя в роли «drug doctor» («сам врач как лекарство»). М. Балинт отстаивал идею о том, что психоаналитики, работающие в этих группах, не вносят в их работу психоаналитическую теорию для использования в активном обсуждении, но они таким подходом способствуют формированию более «открытого», свободного, тем самым – более продуктивного мышления участников группы, связанного с пониманием представленных историй. Психоаналитическая почва всего процесса супервизии в балинговской группе способствует более успешному формированию всей атмосферы внимания к самой коммуникации в группе, активному и эмпатийному слушанию, принятию определенных разногласий в дискуссии и осознанию того, насколько глубоко и важны для понимания бессознательные аспекты межличностного взаимодействия в работе врача.

Поэтому, по мнению Балинта, взаимосвязь и взаимное влияние друг на друга психоанализа и собственно клинической медицины являются базисными, основополагающими для работы балинговской группы. Поэтому и сами супруги Балинты, и многие их последователи с самого начала отстаивали идею о необходимости иметь опыт работы участником группы прежде, чем стать ее ведущим. Это должно помочь лучше чувствовать и понимать других участников группы в том, что им бывает трудно выразить в их историях, создавая тем самым нечто вроде совместного запроса на супервизию. Аналог этого процесса можно увидеть и в формировании такого запроса в пространстве между психоаналитическим и собственно медицинским подходом к анализу профессиональной коммуникации в балинговской группе.

В анализе этих представлений можно вспомнить, что Tom Main, британский врач и очень близкий коллега Майкла Балинта, проводил неожиданное и своеобразное сравнение медицины с войной, поскольку «... они обе заняты проблемами жизни и смерти, калечащими болезнями и потерями, угрозами для жизни и внешней опасностью. В то же время обе они серьезно осложнены тревогами, исходящими из внутреннего мира человека, неосознаваемыми фантазиями о возможности осуществления примитивного садизма и т.д.» (Т. Main, 1978). Поскольку врачи обладают психологическими защитами, необходимыми им для выполнения своих функциональных обязанностей, которые накладывает на них профессия, то такими же характеристиками они обладают как участники групповой супервизии. Некоторые из этих защит определяются личностными особенностями самого врача, некоторые – особенностями обсуждаемого в группе случая, а еще одна их часть будет связана с общими неосознаваемыми тревогами самой группы, в которой, как в любой группе, всегда протекают определенные социальные процессы (они будут описаны ниже).

На первый взгляд может показаться, что в технологии балинговских групп, в сравнении с другими методами супервизии и другими формами групповой работы, в которых также обсуждаются сложные случаи из врачебной или консультативной практики, нет ничего нового. По крайней мере два принципиальных отличия все же есть: в методе и в содержании. Методически работа балинговских групп с самого начала строилась так, что в ней не было никакой обучающей, директивно-дидактической направленности и ориентации на собственно решение трудных клинических случаев. В этих группах с самого начала не было учеников и учителей. В содержательном отношении они не были терапевтическими группами, участники которых получают помощь в решении собственных личностных проблем. Важно подчеркнуть, что с самого начала работа балинговских групп была фокусирована на особенностях

взаимодействия «врач–пациент» и на анализе возникающих в нем психологических защит и сопротивлений, прежде всего переносов и контрпереносов как важнейшем источнике информации об этом взаимодействии. Эта идея и ее практическое решение явились продуктивным продолжением высказанного З. Фрейдом в 1910 г. представления о том, что в результате влияния пациента на бессознательную сферу врача у того закономерно возникает явление контрпереноса и что врач должен в достаточной мере уметь распознавать его в себе, чтобы успешно преодолевать, если это неблагоприятно влияет на отношения с пациентом, либо продуктивно использовать в проводимой терапии. Впоследствии американский психоаналитик Merton Gill (1914–1994), дополнил это представление, отметив, что врач может отрицать, что он эмоционально реагирует на пациента, но избежать такой неосознаваемой реакции ему не удастся. Поэтому врач, не осознающий сложной психологической и социальной природы ситуации профессионального взаимодействия, находится в тисках двойной иллюзии: о самом себе как о «чистом экране» и о наивности своего пациента, который, по мнению врача, не замечает его эмоциональных реакций (1971).

Эта иллюзия не может не отражаться на эффективности коммуникации врача с пациентом, поэтому, чтобы понять чужие чувства и мотивы, врачу необходимо одновременно с их анализом лучше понять самого себя и увидеть нечто похожее в самом себе. Эта идея, реализующаяся в балинтовской группе, хорошо согласуется с тем, что более глубокое осознание человеком самого себя составляет основу любых корректных и доброжелательных отношений. Прогресс в процессе формирования таких отношений протекает циклично и к профессиональной деятельности врача это имеет прямое отношение: знания о себе активно помогают ему поддерживать уверенную, продуктивную и успешную профессиональную коммуникацию, а она, в свою очередь, является хорошим средством поддержания самооценки и уверенности в себе.

Важнейшая задача супервизии в балинтовской группе – помочь врачам и другим специалистам помогающих профессий научиться улавливать и осознавать их собственный вклад в терапевтическое взаимодействие, возникшее в результате переноса на врача чувств и реакций пациента, поскольку поведение человека в любых ситуациях, и терапевтическая практика – не исключение, определяется его межличностными отношениями и его реакциями на то, с чем врач сталкивается в своей практике. Супервизия – это движение к изменению фокуса внимания от внутриличностной коммуникации к межличностной и обратно. Этот процесс реализуется в постепенном осознании важности понимания врачом даже не столько тех реакций, которые возникают в межличностном пространстве взаимодействия с пациентом, сколько в трансперсональном (транссубъективном) пространстве, поскольку реакции и опыт этого взаимодействия, если оно происходит, уже не принадлежат кому-то одному из участников. Это совместный опыт «на двоих», нуждающийся в описании и анализе в группе. Поэтому балинтовская группа – это отнюдь не старая упковка уже известного «продукта», как может показаться, она отвечает новым языком на старые вопросы нашей практики.

В качестве важного шага к изменениям в работе с пациентом можно считать внутренние изменения, которые позволяют врачу использовать свои собственные переживания в качестве средства самопознания. Разрешение на субъективность, которую дает ему балинтовская работа, позволяет думать, переживать и действовать из своего «Я», дает возможность договорить в ней то, что осталось неосознанным и поэтому невысказанным в процессе работы с пациентом. Швейцарский психоана-

литик Arthur Trenkel, представляя на 6-ом Международном Балинтовском конгрессе доклад об основах, специфике и перспективах балинтовской работы (1984), отражает этот процесс следующей идеей: «Изменения врача в работе... можно рассматривать под разными углами зрения. Ведь в конце концов у каждого человека свой собственный угол зрения, именно это является (и остаётся) самым важным - его личный угол зрения. Однако там, где царит какой-либо угол зрения, неизбежно появляется определенная слепота. Я представляю свой угол зрения и когда другие люди будут говорить о своём видении того же самого, они помогут мне познакомиться с моей слепотой и справиться с ней».

Группа помогает ее участникам понять, что один человек лучше всего понимается другим через «разделение» и выражение чувств, через со-переживание, а не через их рационализацию. Последнее неизбежно приводит к искаженному восприятию эмоциональных реакций другого человека, аналогично тому, как врач, представляющий свой случай в группе и до этого рационализировавший чувства пациента в общении с ним, тем самым серьезно трансформировал и искажал их в своем представлении. М.М. Бахтин отмечал, что «...нужно отказаться от приоритета теории в анализе человеческих поступков. Никакая теория не может полностью их описать или определить. Это императив риторики человеческого поведения, это обычный принцип неполноты и относительности любого знания о человеке».

У французского поэта и драматурга Жана Кокто есть фраза, которую можно считать точным выражением одного из основополагающих принципов работы балинтовской группы: «Должно ли зеркало задуматься прежде, чем отразить в себе нечто? Оно отражает, не задумываясь!», что подтверждает представление о том, что в этой группе происходит «встреча» не одного знания с другим знанием, а одного эмоционального «бытия» с другим, наполняя его новым смыслом. Именно это составляет «событие» в балинтовской супервизии, поскольку именно чувства являются «органом» восприятия человеком ситуации во всей ее значимости и важности, именно они отражают систему его отношений с другими людьми.

Эмпатия, выражаемая другими участниками группы, позволяет врачу, представляющему свой случай, лучше понять все разнообразие своих чувств и отношений к пациенту, что будет тем самым способствовать более глубокому пониманию чувств пациента и его отношения к врачу. Это процесс очень точно сформулировал Карл Витакер (1998): «Благодаря опыту психотерапии и ее анализу у меня появилась способность превращаться в пациента. Это двустороннее измененное состояние сознания – свобода становится в большей мере самим собой с помощью другого».

Эти качества групповой работы позволяют ей успешно помогать участникам совершать свои собственные «открытия», связанные с путешествием в себя. Интересный пример этого подал сам Балинт. Сразу после выхода его книги «The Doctor, his Patient and the Illness» читатели обратили внимание на отсутствие в ней ссылок на другие работы и необходимого в конце книги списка литературы, что для серьезной научной работы по психологии и медицине, тем более для ученого такого уровня, как Балинт, было явлением крайне необычным, практически неестественным. Но это было его подлинно самостоятельное и творческое исследование, дававшее действительно новое знание, в отличие от многих работ, воспроизводящих или описывающих опыт, уже полученный кем-то ранее. По мнению Балинта, во время групповых обсуждений должно происходить именно такое «исследование», дающее каждый раз врачу новое «открытие» в самосознании, пусть даже вначале кажущееся ему незначительным.

Одна из сторон парадокса успешности балинтовских групп в профессиональной супервизии врачей заключается в том, что они помогают им избавляться от иллюзии необходимости быть экспертами в деталях всех обсуждаемых клинических случаев. Совершенно очевидно, что для эффективной и успешной работы с определенной проблемой достаточно часто не надо быть экспертом в этой проблеме, не говоря уже о том, что это бывает и невозможным. Нередко это стремление, будучи неосознанным, но построенным на определенных иррациональных установках перфекционистского долженствования, даже может мешать врачам. Обладание глубокими познаниями деталей обсуждаемого случая из клинической практики одного из участников группы может не позволить увидеть другие грани этого случая, в частности те, которые связаны с коммуникацией и взаимодействием с пациентом. В этой ситуации нужен широкий и непредвзятый взгляд, позволяющий определять разные варианты альтернативного понимания ситуации, тогда как эксперты обычно лучше вписываются на том этапе, когда нужно реализовать уже согласованное решение, которого в балинтовской группе не бывает. Поэтому для предотвращения возникающих в процессе обсуждения этих проблем и стремления к их решению критически важным является изменение подходов к анализу тех сложностей и проблем, с которыми сталкивается врач в своей работе с пациентом.

Принципы работы балинтовской группы позволяют успешно избежать этих рисков. Технология ее проведения включает представление одним из участников группы случая нелегкой, эмоционально напряженной, недостаточно ясной для него коммуникации в своей практике, формулирование запроса для обсуждения и несколько чередующихся раундов вопросов к участнику группы, представившему этот случай, и дискуссии, во время которой он находится за кругом и имеет возможность услышать суждения, гипотезы, ассоциации и чувства других членов группы.

За последние годы представления Майкла Балинта, структурирующие технологию работы группы, получили существенное развитие, но некоторые принципиальные положения, связанные с технологией проведения балинтовских групп, остаются неизменными. Например, это относится к тому, что в обсуждении представляемых в группе случаев из врачебной практики акцент делается не на клиническом анализе, поскольку, по определению, «балинтовская группа не для решений», а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений врача с пациентом в рамках обсуждаемого случая, его реакциях на различные особенности этой ситуации. Это означает, что в балинтовских группах не возникает вопрос «Как решить (исправить, изменить...)?», не выносятся «опыт решения» аналогичных случаев из практики других участников и не предполагаются (если точнее, не допускаются) высказывания по принципу «Что бы я в данном случае сделал на месте коллеги». Уместно напомнить здесь важное правило из логики – умозаключения по аналогии существенно сокращают время мышления, но очень повышают риск ошибок. Последнее ограничение, предложенное еще М. Балинтом и относящееся к основным принципам балинтовской технологии, следует считать ее безусловным достоинством, поскольку позволяет такой группе в своей работе успешно избегать споров, борьбы, критики, жестких оценок, конфронтаций и многих других проблем, возникающих в группах, ориентированных на формальное решение, и поддерживать в группе стиль доброжелательной, уважительной, эмпатийной и очень конструктивной супервизии, формирующей процесс профессионального развития специалистов помогающих профессий.

Аналитический характер супервизии в балинтовской группе во многих существенных аспектах похож на аналитический процесс, описанный Чарльзом Райкро-

фтом (1956), в котором также уделяется много внимания межличностной коммуникации врач – пациент. Можно это рассматривать как определенную аналогию с балинтовской группой: «Аналитик предлагает пациенту начать свой рассказ о себе, слушает и, время от времени, сам что-то говорит. Когда он высказывается, он говорит это не самому себе, не о себе самом, но пациенту о пациенте. Целью его высказываний является расширение понимания пациентом самого себя...». Это позволяет корректироваться в группе высказывания «к...» и высказывания «о...», взаимно конструктивно дополнять их друг другом, даже если это иногда невольно производит впечатление «чтения чужих мыслей».

Балинтовская группа призвана проводиться так, чтобы в ней удавалось избежать, а при необходимости – и устранять всякую борьбу «за истину» и за «правильное» решение, всякое соперничество и соревнование, всякое стремление доминировать и навязывать свое мнение, в чем бы это ни проявлялось. В этом отношении к работе балинтовской группы представляется вполне подходящей идея, высказанная Р. Люксембург и хорошо соответствующая философии работы балинтовских групп: «Freedom is the freedom to think otherwise» («Свобода – это свобода думать по-другому, иначе»)

Представления о характере коммуникации в обсуждаемом клиническом случае – это тот компонент анализа, который мы обычно добавляем к системе представлений, во многом уже нам известной из опыта, но в ней не существуют ни абсолютно верные, ни абсолютно неверные варианты понимания и тем более нет решения ситуации в момент ее возникновения или в процессе ее развития. Поэтому в группе никто не может быть заранее уверен в том, что его суждение будет априорно справедливым и верным, поскольку по мере своего развития проблема в коммуникации с пациентом может менять свой характер, и по мере ее анализа она также будет изменяться, поэтому ситуация не может существовать вне системы знаков в ее описании. Абсолютное большинство предлагаемых в группе решений представляют собой суждения и субъективные мнения, поскольку базируются на субъективном опыте каждого участника и на индивидуальном значении той информации, которую он выслушивает в процессе представления случая в группе. В отличие от принимаемых решений, анализ и высказывание суждений и сути проблемы во взаимоотношениях «врач–пациент» может иметь вторую (третью и следующие) попытку, определенный «второй шанс произвести первое впечатление», поэтому полезно обсуждать и анализировать самые разные представления и идеи, высказываемые в группе. При всей их кажущейся альтернативности и даже противоречивости они могут быть содержательно тесно связанными между собой и составлять целостный контекст аналитической работы в балинтовской группе, при этом заметно, что они всегда отражают то, что происходило в супервизируемой коммуникации «врач–пациент». Этим высказывание суждений и представлений в группе имеет большое преимущество перед обсуждением решений или представлением какой-либо обобщенной теоретической информации о сути обсуждаемой проблемы, поскольку в таком случае практически неизбежны столкновения, нередко достаточно напряженные, разных точек зрения по поводу этой теории, разделяемой одними участниками группы (иногда даже рождаемой ими на основе иррациональных или даже мистических предпосылок, весьма распространенных в мышлении многих врачей или психологов) и не разделяемой другими участниками группы.

Правило «Балинтовская группа – не для решений» предполагает не просто ограничение, а исключение советов в любом виде, какими бы благими мотивами и целя-

ми они ни объяснялись. Вполне естественно, что когда врачи испытывают трудности в решении определенной профессиональной проблемы, они обращаются к коллегам за советом, а тем, как и большинству людей, нравится чувствовать себя более компетентными и знающими, поэтому они охотно дают советы. Обратим внимание на то, что при обсуждении случая в группе ее участники принимают решения о том, как лучше, с их точки зрения, проводить лечение пациента, которого, кроме участника группы, представившего эту историю, никто из них не видел, но при этом все они всерьез считают, что понимают проблему лучше, чем тот врач, который провел с этим пациентом в сложной работе с ним не один день (а в случае психотерапии иногда и не один месяц). Поэтому врачи так легко впадают в опасность раздачи советов и рекомендаций, нередко считая себя просто опытнее, компетентнее и мудрее, заодно получая возможность почувствовать свое превосходство и посостязаться с другими участниками группы за звания «самого умного». В этих случаях представляется абсолютно оправданной настороженность в отношении недостаточно самокритичной готовности некоторых врачей предлагать простые ответы на сложные вопросы коммуникации «врач–пациент». «Простые объяснения сложных явлений... не требуют от человека размышлений, поэтому они так привлекательны. Единственный их недостаток – они имеют очень мало общего с действительностью» (Д. А. Леонтьев). У многих людей, анализирующих проблемы, возникающие в коммуникации «врач–пациент», в частности у Карла Витакера (2005), есть представление, что человек не становится врачом без некоторого чувства всемогущества, потому что врач должен постоянно контролировать вопросы чьей-то жизни и смерти. «...От врача постоянно требуется готовность к самопожертвованию, необходимость пересмотра своего личного в интересах другого человека, его здоровья. Врач во всех отношениях должен быть на высоте общественных требований» – такую идею отстаивает социолог медицины акад. А. В. Решетников (2006). Майкл Балинт определял это как «апостольскую миссию» врача, неизбежно деформирующую его профессиональную самореализацию и от иррациональности и неисполнимости которой он сам же в своей работе и страдает.

Очевидно, что результатом некритичного принятия врачами установок всемогущества и понимания границ своей профессиональной роли является развитие большого количества иррациональных идей, касающихся гипертрофии собственной ответственности и значимости в жизни других людей, необходимости постоянного одобрения другими людьми, перфекционизма в работе и катастрофизации неудач («Я полностью ответственен за состояние своих пациентов», «В моей работе все должно выполняться самым лучшим образом, иначе...»), способствующих развитию профессионального стресса, поскольку они искажают реалистичное профессиональное самосознание. Это вполне подтверждает представление З. Фрейда (1910) о том, что «...наиболее успешные случаи во врачебной практике – это те, в которых врач встречает пациента без предвзятых представлений и предварительных внутренних условий, без установки, что пациент должен им соответствовать, с открытой готовностью к сюрпризам и неожиданностям в своих переживаниях и реакциях в процессе взаимодействия с пациентом».

В контексте этой идеи вполне объяснима показанная в работе А. Д. Доники и соавт. (2006) достаточно высокая распространенность у российских врачей сочетания альтруистической направленности личности с эгоцентрическими установками, что представляет собой вполне определенный и часто напряженный внутренний конфликт профессиональных и личных мотивационных установок у врачей.

В анализе принципов и технологии работы балинтовской группы представляется важным то обстоятельство, что профессия врача связана с необходимостью оказывать постоянное влияние на другого человека, на пациента и его окружение. Возможность оказания такого влияния позволяет говорить о манипулятивном характере врачебной деятельности, которая во многих случаях реализует личностный мотив власти. С. Б. Гнедова и соавт. (2007) в определении мотивации власти отмечают мобилизацию внутренних и внешних ресурсов, направленную на достижение желаемого результата и ощущение собственной эффективности, поскольку социальная власть – это способность достигать желаемого эффекта в физическом состоянии, поведении, переживаниях других людей. Она является сложной системой, включающей амбивалентные мотивы стремления и избегания возможностей контроля над окружающей социальной средой. Можно считать, что успешная профессиональная деятельность в медицине предусматривает достаточно частую реализацию мотива власти, хотя бы, например, в достижении необходимого терапевтического комплайенса (приверженности к соблюдению врачебных назначений) со стороны пациента и, соответственно, необходимого лечебного эффекта.

Мотивация власти у медицинских работников – явление гораздо более сложное, чем мотивация достижения, поскольку в стремление чувствовать себя сильным и способным оказывать влияние на других людей могут быть вовлечены самые разнообразные, прежде всего неосознаваемые, мотивы. По мнению А. В. Емельянской (2008), мотивация власти является одной из базовых составляющих внутренней мотивации при выборе профессии, относящейся к коммуникативным («человек–человек»), в частности помогающим, профессиям. Контекстуальный анализ материалов проведенных автором фокус-групп показал, что мотивация власти может трансформироваться, являясь основанием для осуществления других причин и мотивов выбора этой профессии, в частности потребности в самоуважении, в стремлении повышения самооценки через достижение значимого социального статуса. Многим из опрошенных респондентов представляется, что именно мотивация власти является одним из ведущих факторов, определяющих достижение успеха в манипулятивной профессии, а скорость достижения и степень профессиональной деформации и связанного с ней выгорания во многом определяется выраженностью мотивации власти в структуре личности и способностью к ее рациональному и конструктивному контролю. Представляет интерес также показанная в этом исследовании внутренняя конфликтность мотивации стремления к власти. Она относится не только к самой ее структуре, но и к ее отдельным компонентам. Так, стремление к власти значимо связывается не только с настойчивостью и доминантностью в коммуникации, стремлением изменять поведение партнера, но и со сдержанностью, умением создавать атмосферу доверия и открытости. Избегание власти может ярко проявляться как робость, нерешительность и неуверенность, но может вместе с тем проявляться в нетерпимости к чужим ошибкам, несоответствию действий другого человека своим представлениям о его должном поведении, например, о необходимости пациента проявлять должную степень комплайентности и тем самым подтверждать представления врача об успешности и эффективности его действий. Содержание мотивов стремления к власти и к ее избеганию у медицинских работников тесно связано с их личностными особенностями. Наиболее ярко это отражается в характеристиках их самооценки.

Естественно, все это предполагает обсуждение вопроса о том, является ли осуществление такой мотивации одной из важных характеристик взаимодействия «врач–пациент», или это может быть личностной характеристикой (установкой)

самого врача, для которого пациент становится объектом профессионального воздействия. Кроме того, интересно и то, до какой степени выраженности такое личностное качество врача является полезным, повышающим эффективность его профессиональной деятельности, позволяющим использовать власть над другими людьми для мобилизации не только своих, но и их ресурсов, необходимых для достижения терапевтического и профилактического эффекта, и с какого уровня выраженности реализация власти в профессиональной коммуникации может свидетельствовать о постепенно прогрессирующей деформации в работе врача и о возрастающем риске его выгорания.

«Почему мы выбрали эту профессию?» – достаточно сложный вопрос, заключающий в себе множество переплетающихся между собой мотивов. Полезный совет в решении этого важного вопроса, хотя и не предполагающий прямого ответа, предлагает А. Guggenbuhl-Craig: «Никто не действует исключительно из чистосердечных намерений. Чем более значительны „темные“ (неосознаваемые. – В. В.) мотивы, тем сильнее человек, работающий в помогающей профессии, отстаивает свою мнимую объективность... Чтобы расширить свое понимание самого себя... возможно, понадобится глубже двигаться туда, где находятся мотивы, побуждающие помогающих профессионалов заниматься своей работой». Нам представляется, что, поскольку в балинтовской супервизии достаточно часто наблюдается «параллельный процесс» и проблемы, возникавшие в коммуникации «врач–пациент», переносятся в пространство самой групповой работы, мотивация власти и доминирования, основанная на идее всемогущества и уверенности в существовании и собственном знании идеального решения, начинает реализовываться в поведении отдельных участников. Это будет разрушать работу группы и делать ее не просто неэффективной, но и очень напряженной, пока принцип «Никакого поиска решений и поэтому никакой борьбы за истину» не будет установлен достаточно прочно и не будет принят всеми участниками группы.

Представляется важным отметить здесь еще одно обстоятельство. Вряд ли специалист, работающий в помогающей профессии, может быть достаточно ответственным, когда он в ситуации супервизии предлагает решение априорно недостаточно ясной и поэтому нелегкой для решения ситуации взаимодействия с пациентом, проблемы (или характера расстройства) которого он не знает, так как этого пациента сам не видел. Логический анализ хорошо работает тогда, когда есть достаточная – достоверная, вполне определенная клиническая информация. Но когда ее нет (а это бывает, как правило), на первый план выходит интуитивное и эмоциональное отражение анализируемой коммуникации. В этих случаях аналогии из чьего-то «похожего» опыта, приводимые по типу прецедентов, естественно, не помогают, поскольку и они, как правило, очень субъективны и не формализованы. В этом отношении представляется вполне справедливым замечание Карен Хорни: «В идеале психотерапевт должен быть всего лишь проводником в их тяжком, совместном с пациентом восхождении в гору... Следует добавить, что психотерапевт – это проводник, который и сам не совсем уверен в маршруте, поскольку, каким бы опытным покорителем вершин он ни был, именно на эту гору он еще не взбирался». Это замечание достаточно точно отражает высказанное выше базисное положение технологии балинтовской группы, поскольку она в своей супервизионной и аналитической работе тоже совершает это «восхождение» впервые. Хорошую метафору, успешно подтверждающую приведенную идею, можно найти также у Бернарда Шоу: «Единственным человеком, который поступал разумно, был мой портной. Он снимал с меня мерку заново каждый раз,

когда видел меня, в то время как все остальные подходили ко мне со старыми мерками, ожидая, что я буду всегда им соответствовать».

Для описания того, на чем основана работа балинтовской группы, очень конструктивно обратиться к представлениям Ж. Лакана, одного из крупнейших теоретиков современного психоанализа, который активно использовал понятие субъекта и интерсубъективного отношения и при этом отмечал, что в психоанализе одной из главных задач является признание субъективного характера того, что мы считаем истиной или принимаем за нее: «Мы не можем привыкнуть к истине. Привыкают к реальности».

Всегда существует потенциальный риск и даже опасность того, что анализируемая в супервизии ситуация превратится в арену борьбы и поле битвы за решение вопроса о том, чье представление о реальности более объективно или, если еще проще, чья реальность более объективная и точная. Это, как правило, сводится к вопросу о власти одних и подчинении других, о доминировании одних мнений и взглядов над другими. Поэтому в балинтовской супервизии, построенной на аналитических принципах и придерживающейся интерсубъективной позиции, должна происходить своеобразная феноменологическая редукция, означающая отказ от иллюзий, что мы знаем, что такое объективная реальность в обсуждаемом клиническом случае. Этот отказ является очень трудновыполнимым, но если основная задача работы балинтовской группы заключается в прояснении того, что происходило (или происходит сейчас, если это текущая в настоящее время работа) в психологическом пространстве между врачом и пациентом, в их взаимодействии, то представления участников группы, являющиеся их субъективными «истинами», вносятся, описываются, конкретизируются, переживаются в интерсубъективном пространстве группы. Именно в нем происходит встреча субъективных различий, отражающих интерсубъективное пространство диады «врач–пациент». Поэтому фокусом внимания в группе становятся разные, нередко бессознательные, способы структурирования разными участниками в балинтовской супервизии своего понимания представленного случая, что должно отражать, в свою очередь, процесс структурирования анализируемой коммуникации и ее понимания как самим врачом, так и пациентом во взаимодействии с этим врачом. Все это предполагает и необходимость воздерживаться от прямых интерпретаций характера и истоков анализируемых проблем в коммуникации с пациентом, поскольку очень часто попытки поиска причин возникновения этих проблем приводят только к одному – усилению защиты докладчика и его сопротивлений в супервизии. «Интерпретация активно питает симптом», – считал Ж. Лакан.

Еще одна важная часть проблемы, возникающей в группе, когда она сосредотачивается на решении проблемы и видит в этом свою задачу, заключается в том, что у многих участников при этом включается «автопилот» и снижается самоконтроль своих действий. Можно вспомнить здесь хорошую иллюстрацию таких ситуаций, описанную Дж. Свифтом в Путешествии Гулливера: его герои–лапутяне становились крайне рассеянными, увлекаясь решением определенных проблем. «По-видимому, эти люди настолько погружаются в глубокомысленнейшие размышления, что почти не способны ни слушать речь собеседников, ни отвечать на них. Чтобы побудить их к этому, необходимо какое-нибудь внешнее, чисто физическое воздействие на их органы речи и слуха...».

Поскольку группа не занимается решением вопроса «Что следовало делать в данном случае?», в ней тем самым изначально постулируется четкий отказ от советов, многочисленных вопросов, ссылок на собственный клинический опыт, рассказа

«аналогичных» случаев и прямых рекомендаций, ярлыков, даже диагностических, нередко носящих характер неявной критики (а нередко и мягкого, но вполне осуждающего осуждения за неуспешность в работе с данным пациентом и недостаточную компетентность) одного из членов группы и, соответственно, самозащиты других ее членов. «Вот чего мало кто понимает, так это то, что стремление к чужому позитивному опыту само по себе – негативный опыт. И, как это ни парадоксально, принятие своего негативного опыта – это само по себе уже позитивный и полезный опыт» (Mark Manson, 2016).

Это в определенной степени объясняет, почему в балинтовской группе во время обсуждения случая одного из участников не приветствуется и даже не допускается представление «аналогичной» (?) истории другого участника, которому может казаться, что это каким-то образом поможет группе и первому докладчику. Скорее всего, здесь реализуется принцип, предложенный одним из философов XIX века: «Когда трудно произнести что-нибудь действительно умное, потому что просто нечего, рассказывай историю».

Если, тем не менее, эти нарушения одного из основополагающих балинтовских принципов происходят, они тем самым неизбежно приводят к усилению психологического сопротивления участника, представляющего свой клинический случай.

Не занимаясь поисками истины в обсуждаемой проблеме сложной коммуникации с пациентом и ее «единственно верного решения», в возможности существования которого наивно уверены многие врачи, балинтовская группа тем самым позволяет избегать в процессе обсуждения представленного случая коммуникации «врач–пациент» споров, борьбы, давления, критики и связанного со всем этим непродуктивного эмоционального напряжения. Для понимания таких ситуаций хорошо подходит высказанная Ларошфуко еще в 1678 г. идея о том, что «...мы усердно даем советы, но это не влияет на поступки людей», а также замечание Карла Юнга: «Совет – это сомнительное лекарство, но, к счастью, не особенно опасное из-за его малой эффективности». Балинт обращал на это активное внимание, отмечая: «...Совет практически ничего не стоит («Advice is Cheap»)), поэтому в анализе работы балинтовской группы одним из ключевых является вопрос: на что в действительности в проводимой групповой супервизии мы сами реагируем и на что отвечаем, давая советы? Так что стоит помнить рекомендацию Пауло Коэльо о том, что «...опасно спрашивать совета, но давать совет опаснее стократ».

Во многих случаях это напоминает ситуацию из притчи, подтверждающую, что чужая мудрость, поданная в готовом виде, помогает очень мало:

*«Приходят мыши к Сове и просят совета:*

*Сова, ты такая мудрая. А мы такие маленькие, беззащитные, и все на нас охотятся. Посоветуй, как нам перестать всего бояться?*

*Станьте, мыши, ежиками. Они тоже маленькие, но ничего не боятся.*

*Обрадовались мыши такому решению и пошли домой, но по пути задумались, а потом и забеспокоились. Вернулись они к Сове и спрашивают:*

*Как же нам стать ежиками?*

*Не приставайте ко мне с такой ерундой, – отвечает Сова, – я занимаюсь стратегией...»*

Поэтому здесь следует помнить про закон и математики, и жизни: если задача решается быстро и легко, значит, она решается неверно. В различных медицинских специальностях существует разное отношение к советам, которые врач дает паци-

енту. В психотерапии вообще к советам относятся более чем сдержанно, но тем не менее многие врачи в супервизии активно пользуются ими, рассматривая их как своеобразную «глазурь на торте, при этом сначала выпекая сам торт» (А. Chapman, 1997). Во многих случаях, однако, «глазурь» заменяет сам «торт». Такую стратегию работы врачи пытаются приносить в балинтовскую группу, ожидая советов от своих коллег и, в свою очередь, усердно раздавая им свои советы.

В технологии работы балинтовской группы заложено требование запрета на прямые советы, инструкции, рекомендации и предложения по решению. Это обосновывается целым рядом причин:

- никто из участников группы не является бесспорным авторитетом и объективным экспертом во всех аспектах обсуждаемого случая (хотя бы потому, что знает о нем только из короткого рассказа докладчика, представляющего на обсуждение свой случай). В обсуждении случаев в балинтовской группе полезно придерживаться представления о том, что никто в группе не знает их содержания лучше других и тем более – за других, поэтому поиск решения в анализируемом случае – это «стремление найти приблизительное решение в принципе неразрешимой задачи» (Рейнхольд Нимур);
- советы усиливают напряжение участников группы, поскольку, являясь по сути скрытой критикой, они подавляют свободное выражение их чувств и мыслей в процессе обсуждения, тем самым очевидно снижая эффективность работы группы;
- во время обсуждения в группе нередко высказывается так много противоречащих друг другу советов, что это часто переходит в «погоню за истиной», споры по поводу того, чего никто из спорящих сам не видел, усиление конфронтации и напряжения в группе. Полезно помнить, как пишет один из классиков, что «... позиции и мнения людей могут иногда не совпадать, что всегда и происходит». Представляется очень подходящей для такого случая идея Оскара Уайльда, парадоксально-остроумная, как и многие его замечания: «...советы я всегда передаю дальше. Ничего другого с ними не поделать. Самому себе они не нужны...»;
- советы часто несут в себе критику и осуждение заказчика, снижающую его самооценку, особенно в случаях морализаторства по поводу его чувств, намерений, нравственных ценностей и т. д., поэтому они усиливают в нем либо активное защитное сопротивление, либо стремление начинать хорошо известную игру по принципу «Да, но...».

«Советы (или позитивная «трескотня» о том, как работать лучше и стать от этого счастливее) только сосредотачивают внимание слушателя на его изъянах. Они сосредотачивают его внимание на том, что он считает своими неудачами, и акцентируют их, тем самым усиливая. Утрированное привлечение внимания к позитиву, сосредоточенность на «правильном» и «успешном» лишний раз напоминает человеку, что он не является таким, каким хотел бы (или должен) быть, чего ему остро не хватает, напоминает о том, что в его пожеланиях не сбылось. «Того, чего я желаю для себя, у меня нет», – вот что выносит человек из советов» (Mark Manson, 2016).

В этом отношении такой вариант супервизии очень напоминает литературную или художественную критику, когда критик объясняет автору произведения, поэту или композитору, что ему следовало сделать и насколько лучше сделал бы это сам критик, если бы, конечно, сам это умел. «Представьте, какая была бы тишина, если бы люди говорили только то, что действительно знают» (Карел Чапек).

– советы часто открывают психологические проблемы самих участников группы, неосознаваемо играющих в своей собственной практике и поэтому стремящихся играть и в группе «апостольскую», по определению М. Балинта, роль. Одновременно с высказыванием советов одни участники группы могут стремиться к снижению своей неосознаваемой тревоги, усиливая ее тем самым у других участников, поэтому понятна реакция, нередко звучащая в таких случаях: «Прежде, чем учить меня работать, предъявите свой собственный сертификат идеальности, безупречности и совершенства!»;

– активная раздача советов кем-либо из участников группы может быть направлена не только на усиление своего превосходства в группе, но и на неявную конкуренцию и конфронтацию с ведущим за статус самого компетентного «знатока». Такая ситуация может становиться особенно трудной и даже напряженной, когда кто-либо из участников не просто поучает своих коллег в группе, но демонстрирует еще и свое моральное превосходство над ними. Такой «непогрешимый» участник может заниматься в группе только одним – утверждением своего статуса эксперта и исключительного положения в группе. В качестве достаточно печального последствия такого рода «супервизии» врачей и психологов и оценки ее эффективности можно отметить символическое осуществление страшного сна Родиона Раскольникова про то место, где каждый человек чувствует себя обладателем конечной и непререкаемой истины, причем известной только ему одному. В процессе супервизии в балинтовой группе ее участникам полезно помнить, что «истина» существенно отличается от «правды», поскольку истина бесспорна, как закон природы, она существует априори, и при этом она одна для всех, поэтому не рождается в споре или в дискуссиях (в спорах рождаются только столкновения и проблемы во взаимодействии. «В споре рождается только пострадавший», – М. Жванецкий).

Истина объективна, а вот правда – это всего лишь точка зрения каждого человека, достаточно субъективная, она может быть у всех своя и существует только в слове, т. е. в ее описании, и, конечно, всегда в определенном контексте (лат. contextus – соединение, связь, ткань), поэтому описание любой ситуации вне контекста ее анализа просто лишено смысла. Потерять контекст в разговоре в каждом случае работы группы – это перестать понимать то, на что опирается докладчик в своем нарративе, или интерпретировать его мысль совсем в ином смысле, нежели тот, который он подразумевает. Этим во многом можно объяснить и то, почему балинтовская группа в своей работе стремится к избеганию сложных образов и метафор, поскольку в них всегда много очень субъективного смысла, далеко не всегда понятного другим участникам. Поэтому то, что происходит в балинтовой супервизии, не может быть «борьбой за истину», а представляет собой обмен разными точками зрения («разными правдами»), равно справедливыми и приемлемыми, тем более что обсуждается такой заведомо малоопределенный предмет, как разные аспекты взаимодействия с пациентом, которые представлены всего лишь точкой зрения самого докладчика в его очень субъективном и фрагментарном нарративе.

Существуют две категории советов, которые могут возникать в работе группы, ориентированной на супервизию, – делать то, что ее участники считают «безусловно правильным» в «подобных случаях», поскольку они сами делали бы именно это (приходится еще раз напомнить, что абсолютно похожих случаев нет в практике даже одного специалиста, тем более разных врачей, потому что представление случая из клинической практики связано не только с характером расстройств и их лечения, но и с тем, как сам врач воспринимает это, как переживает внутри себя и как описывает

в своем рассказе), или что-то не делать. В любом случае это воспринимается как критика и усиливает напряжение не только у врача, представляющего свой случай, но и у других участников группы.

Майкл Балинт считал эти положения, исключая советы и рекомендации, так же как и необходимость ограничивать количество вопросов, задаваемых члену группы, представляющему свой случай, ключевыми факторами успешности в работе группы: «Если врач во время обсуждения в группе задает вопросы в стиле сбора клинического анамнеза, он всегда получает только ответы, но вряд ли нечто большее», – утверждал он, тем самым подчеркивая, что предъявление заказчику многочисленных, особенно рутинных вопросов, связанных с клиническими аспектами обсуждаемого случая и напоминающих сбор анамнеза, что часто делает работу группы непродуктивной. Собственно коммуникация «врач–пациент» это не только не проясняет, но нередко даже уводит в сторону от ее анализа, не говоря уже о том, что часто это просто переводит разговор в группе в «охоту за пациентом».

Тенденция задавать в процессе обсуждения в группе не просто многочисленные вопросы, нередко даже в стиле следователя, допрашивающего подозреваемого и устанавливающего истину, но и к тому же вопросы, задаваемые в «закрытой» форме, предполагающей ответ «да – нет», либо вопросы, являющиеся на самом деле утверждениями («А тебе не кажется, что в твоей ситуации было бы целесообразнее...»), неявным упреком или обвинением («А почему ты не мог сказать пациенту...?»), скрытым советом («Может быть, тебе при следующей встрече с этим пациентом стоит...?»), становится не просто неэффективным стилем работы группы, который не только не позволяет лучше понять суть затруднений и переживаний врача в коммуникации с пациентом. Для этого может быть достаточно небольшого количества «открытых» вопросов («Как ты думаешь, в чем заключались ожидания пациента от этой консультации?»), позволяющих собрать дополнительную информацию, недостающую из представленной истории и отражающую различные аспекты коммуникации «врач–пациент». Жесткий вопросительный стиль отражает еще и стремление (как правило, неосознаваемое) отдельных участников контролировать ход обсуждения, манипулировать другими членами группы, при этом сохраняя свою закрытость и ощущение собственной защищенности и неуязвимости для ответной критики.

Кроме того, определенный акцент на задавание вопросов в группе может превратить групповую дискуссию в нескончаемую игру «вопрос–ответ», и тогда участник группы, инициирующий своей историей это обсуждение, начинает ждать, что вся супервизионная дискуссия будет протекать в этом стиле, и очень мало вносит от себя по собственной инициативе. Такой стиль может помочь собрать и прояснить определенные факты в представленной истории, если цель этого – проведение клинического разбора, но очень часто уводит обсуждение далеко в сторону от анализа эмоциональных аспектов конкретной коммуникации «врач–пациент» и от неосознаваемых защит и сопротивлений самого врача, т. е. того, что является основной задачей и центральным фокусом супервизионной работы балинтовской группы. Важно также и то, что часто при этом может нарушаться собственно технология корректной постановки вопросов. Например, задается много «закрытых» вопросов, вопросов, начинающихся с «почему», усиливающих неосознаваемые защитные реакции и сопротивления докладчика, задается несколько вопросов одновременно либо один и тот же вопрос звучит в разных формулировках, являя собой психологическое давление.

Многочисленные вопросы могут усиливать напряжение и тревогу у других участников группы, поскольку зачастую им бывают не ясны чувства, намерения, позиция

спрашивающего, поэтому, почувствовав в вопросах скрытую критику, они невольно попадают в позицию защищающихся. Это может служить почвой для усиления конфронтации в группе и потери в ней климата эмоциональной безопасности – важнейшего критерия успешной работы балинтовской группы. Важно также иметь в виду, что часто вопросы задаются при наличии у спрашивающего ожидаемого или желаемого ответа, к которому он может «подтолкнуть» собеседника, выстраивая это движение исходя из собственных переносов и других психологических защит, актуализирующихся в процессе обсуждения в группе. Кроме того, иногда в группе, особенно если она собрана на короткое время и при этом неизбежно переживает определенную групповую динамику, может быть участник, который множеством вопросов к другим членам группы просто собирает на себя внимание группы, пытаясь стать ее «центром». При этом можно обратить внимание на то, как, задавая вопросы, он активно блокирует или отвергает ответы, поскольку практически не слушает их, как он спорит и конкурирует с другими участниками, как часто использует различную аргументацию и убеждающие стратегии, невольно провоцируя этим конфронтацию в группе. «Я очень сомневаюсь по поводу эффективности использования вопросов в такой беседе... Иногда мы даже задаем вопросы, заведомо не желая получить ответы, и в результате их не слушаем» (Benjamin A., 1987).

Аналогично тому, как множество вопросов нередко искусственно создает серьезный барьер между врачом и пациентом, осложняя их взаимопонимание и терапевтическое сотрудничество, похожая ситуация может возникать во взаимодействии членов группы. Необходимость предотвращения такой ситуации – одна из важнейших задач ведущего. Поэтому он активно помогает группе понять, что многочисленные вопросы в балинтовской группе не только не приветствуются, но и ограничиваются, поскольку в целом они бесполезны, и только рекомендации по решению этого трудного случая, советы и критика ограничиваются еще более активно, чем вопросы. Опыт работы балинтовских групп за рубежом, так же как и наш опыт, убедительно показывает, что продуктивное обсуждение в группе очень часто возможно вообще без уточняющих вопросов к докладчику или, по крайней мере, с их минимальным количеством, помогающим уточнить лишь некоторые упущенные в его нарративе факты из представляемой на обсуждение истории, например возраст пациента или его семейное положение.

Проблема избыточных вопросов в балинтовской группе может в определенной степени быть связана также и с тем, что в психологии межличностной коммуникации объясняется формулой «Карта – не территория». У каждого участника группы в процессе обсуждения формируется своя собственная «карта» реальности, представляемой в обсуждаемом случае, и с разной степенью достоверности объясняющая ее. Естественно, что нам в работе гораздо легче общаться с теми людьми, психологические «карты» которых совпадают с нашими, поскольку это рождает доверие к ним, и труднее – с теми людьми, у которых, по нашему представлению, гораздо больше «белых пятен» на их «картах». Известно, что умными и компетентными людьми мы считаем тех, кто обычно с нами соглашается...

Поэтому балинтовская группа предполагает отказ в супервизии от традиционной и привычной для врачей схемы взаимодействия с пациентом по принципу «вопрос – ответ» и основывает свою работу на принципах диалога, технологии одновременно исследовательской и обучающей, вместе с этим исключая крайнюю степень асимметрии в коммуникации, основанной на принципе «вопрос – ответ». Это позволяет поддерживать в процессе обсуждения представляемых в группе случаев

доброжелательную и поддерживающую атмосферу, избегать скрытых в вопросах советов и критики. Это также позволяет предупредить формирование у заказчика пассивного ожидания новых вопросов и проявления у него защитных или импульсивно-агрессивных реакций на вопросы других членов группы.

Вместе с тем можно отметить, что в практике балинтовской группы достаточно продуктивно используются вопросы, которые задает сам ведущий, но не докладчику, который значительную часть времени находится «за кругом» и в дискуссии активно не участвует (об этом подробнее см. далее в главе «Этапный процесс анализа случая в балинтовской группе»), а другим участникам группы с целью более успешного фокусирования обсуждения в группе на основных вопросах проводимой супервизии, например на анализе контрпереноса в обсуждаемой коммуникации. Это называется использованием «хорошего вопроса», а сам этот термин предложен Майклом Уайтом и Дэвидом Эпстоном в практике нарративного консультирования. Расспрашивание в нарративном подходе стремится генерировать и актуализировать «внутреннее» знание людей путем их коллективной, партнерской, рефлексивной практики. Вся группа, в которой проводится эта работа, рассматривается как коллективный эксперт. Таким образом, высвечивается множество голосов живого, разнообразного и ценного опыта. Хорошие вопросы – это своего рода указатели направлений, тех дорог, по которым человек может пойти в поисках нового для него знания, если чувствует, что это может быть полезно. Возникает ситуация, когда все участники этого диалога, и спрашивающий, и отвечающие, одновременно «ведут» друг друга.

Проведенные в разных странах на протяжении многих лет наблюдения за работой балинтовских групп и их анализ отражают поэтому один из ведущих принципов работы – приоритет эмоционального в процессе супервизии над рационально-рассудочным, приоритет эмпатии над стремлением собирать дополнительную информацию о пациенте (исходя из наивного предположения, что этот путь как-нибудь поможет участнику, представляющему на обсуждение в группе историю из своей практики). «Когда что-то понимаешь, то жить становится легче. А когда что-то почувствуешь, то тяжелее. Но почему-то всегда хочется почувствовать, а не понять!» (Евгений Гришковец).

Еще один из важнейших принципов работы балинтовской группы заключается в том, что ведущий удерживает ее от смещения и в область личностно-ориентированной, гуманистической, динамической или любой иной индивидуальной или групповой психотерапии. Анализ методических руководств по ведению балинтовских групп во многих европейских странах, а также наш опыт участия в работе ряда зарубежных групп позволяет утверждать, что в балинтовской группе в целом не только не приветствуется, а во многих случаях и не допускается применение явных психотерапевтических методик, например психодрамы, релаксационных техник, моделирования и работы с образами (например, символ-драмы), арт – терапии, проигрывания ролей, в частности, за отсутствующего здесь-и-сейчас пациента, методов когнитивной психотерапии, ориентированной на коррекцию иррациональных установок и достижение инсайта и т. д.

Принцип фокусирования обсуждения в балинтовской группе на «здесь-и-сейчас» относится к основополагающим в ее работе. Это означает, что группа избегает анализа личных историй и прошлого ее участников и докладчика – в частности. Все внимание сосредоточено на том, что происходит с группой сейчас, когда представляется эта история, и как актуальные, происходящие в настоящем времени реакции участников группы могут отражать или освещать различные аспекты взаимодействия

врач – пациент в представленной истории, и на том, что в этот анализ не вовлекаются истории из других отношений докладчика, не происходящих «здесь». Такая проблема может сложиться, если группа начнет генерализовать его проблемы, объясняя ему что-то по принципу «и вообще ты...»

В литературе можно встретить различные варианты достаточно необычных, иногда даже экзотических дополнений к традиционной («классической») общепринятой в мире технологии ведения балинтовской группы, применение которых не может не вызывать оживленных дискуссий и закономерных вопросов у разных специалистов по методологии ведения балинтовской супервизии, справедливо считающих, что внося дополнения в технологии ее проведения, следует все же сохранять «границы». Например, здесь можно отметить такие приемы, как «скульптура» в процессе проведения балинтовской группы, взятую из метода семейной психотерапии, разработанного Вирджинией Сатир в 70-х годах прошлого столетия, ролевые игры, психодрама, техника имажинативной работы с образами. Н. Otten (2012), Н. Otten, К. Fritzsche (2017) считают, что, поскольку «скульптура» является испытанным на эффективность (?) психотерапевтическим методом, такое дополнение аналитического процесса в группе «проверенными методами психотерапевтической практики может способствовать лучшему доступу к чувствам, фантазиям, представлениям участников балинтовской группы в ходе ее работы, что должно облегчать доступ и к пониманию взаимодействия врач – пациент» (??– В.В.).

D. Petersen (2002), В. Halewitsch (2008), W. Baumgartner (2017) предлагают включать музыкальную или вокальную импровизацию самих участников балинтовской группы в структуру ее работы, при этом уровень развития вокально-музыкальных навыков самовыражения считается не существенным (при этом остается неясным, относится ли это и к самому ведущему или он все же должен обладать определенным уровнем вокального мастерства – В.В.). По мнению приведенных авторов, такое дополнение позволяет в процессе балинтовской супервизии коммуникации врач–пациент точнее фокусироваться на анализе феномена контрпереноса самого врача, тем самым делая его более осознанным в процессе профессиональной коммуникации. Такая форма работы даже приобрела в Германии название «Балинтовская группа с музыкальной импровизацией», при этом такую группу рассматривают как определенную (дополнительную) форму арт–терапии ее участников. Вопрос о том, насколько психотерапия участников балинтовской группы, тем более, явно декларируемая, согласуется с ее базовыми принципами и балинтовской группы, и собственно психотерапии, требующей обязательного наличия психотерапевтического контракта, и насколько удастся ведущему группы сохранять дистанцию с ролью группового терапевта, тоже остается неясным. Представляется, что этот вопрос из разряда риторических и ответ на него очевиден.

Fehér Pálma Virág описывает работающую, по его мнению, вполне успешно «Арт–терапевтическую балинтовскую группу» (!) для венгерских медицинских и социальных работников, рассматривает ее как новую и, возможно, достаточно ресурсную методику повышения эффективности помощи тем, кто сам оказывает помощь другим людям, и предлагает существенно изменить взгляд на традиционные формы балинтовской супервизии, дополняя ее терапией. В этой работе, представленной на XX международном балинтовском конгрессе в Оксфорде (2017), автор излагает достаточно умозрительную идею о том, что возрастающий потенциал балинтовской группы в таком формате ее проведения неотъемлемо присутствует в самой возможности для докладчика случая соединить вербальное «измерение» в работе, напри-

мер, путем постановки обращенных к нему вопросов, с невербальными техниками, позволяющими участникам группы выразить то, что не поддается описанию словами, но что, тем не менее, может быть понято. В процессе работы арт-терапевтической балинтовской группы в начале каждой сессии в ней выполняется медитативная процедура (MBSR – «редукция стресса, основанная на осознании»), после чего группе одним из участников представляется история из его практики. Затем группа создает определенное произведение, например, рисунок или коллаж. Фаза создания невербальной «продукции» начинается сразу после представления истории и заданных вопросов и продолжится после выражения эмоциональных реакций участников группы. На этом этапе участники ничего не говорят и только рисуют, используя различные краски или цветные карандаши для выражения своего эмоционального состояния, телесных ощущений и впечатлений от услышанной только что истории. После этого может последовать этап вербальной работы и высказываний участников группы, который занимает 25 – 30 минут, об их мыслях и, возможно, опять о чувствах, возникших в процессе рисования. После этого ведущий группы может предложить участникам поделиться своими впечатлениями о созданном рисунке и затем – докладчику о том, что было им услышано и как он воспринимает совместный групповой рисунок, который он сейчас может вербально описать и выразить в виде словесного текста. Гипотеза автора методики такого способа ведения группы заключается в представлении о том, что эта процедура ее проведения создает возможность более глубокого понимания сложной динамики представленных взаимоотношений врач – пациент, поскольку включает и их «психосоматический» аспект (?– В.В.), но она так и остается только гипотезой, не получившей никаких достаточно четких теоретических оснований и тем более – проверки и убедительного подтверждения своей эффективности в практике. Остается неясным, в чем и каким образом будет проявляться это более глубокое понимание. Похоже, достаточно просто довериться авторам этих методов, что «они работают», поэтому все это из области веры, не требующей никакой аргументации.

В качестве еще одного примера размывания границ балинтовской супервизионной технологии, связанного с достаточно разрушительным представлением о легкости ее освоения и проведения в любых условиях, являются регулярно встречающаяся нам информация о проведении балинтовской группы как интервизии или даже «демовизии», когда супервизия происходит в демонстрационной группе, в которой участники – психотерапевты или психологи-консультанты «играют» своих пациентов, что «... позволяет участникам группы получить более глубокое понимание пациентов на уровне идей, эмоций и даже телесных ощущений» (цитирую по материалам сайта одной из таких центров в Санкт-Петербурге). Авторами предлагается подкупающая идея о том, что такие методики создают главным образом «демократическое пространство для обмена опытом из практики», что такой формат работы, как им кажется, легко создать на своем рабочем месте, никуда не перемещаясь, поэтому группе не нужно специально для этого собираться. В этом формате по сути уже не требуется ведущий, поскольку границы группы уже не нуждаются в регулировании, а сам формат работы группы изначально очень свободен.

Один из важнейших вопросов, активно и достаточно критично обсуждающихся при этом в международном балинтовском сообществе: «Такие технические приемы – все еще в границах и рамках балинтовской технологии? Можно ли это все еще считать и называть балинтовской группой? Насколько в действительности это полезно для работы группы и отдельных ее участников или все же это деструктивно и пагубно вследствие размывания ее границ? Насколько и чем обоснована эффективность

таких методов? Насколько и в чем она выше, чем эффективность традиционной (классической) балинтовской группы?».

Следует отметить, что за последние годы полученных в методически корректно проведенных исследованиях сколь-нибудь объективных, поэтому – убедительных подтверждений этого эффекта в литературе не найдено и в практическом опыте многих ведущих балинтовских групп из разных стран мира также не отмечено (даже в Германии, где, например, метод скульптуры получил определенное распространение). Это означает, что представление об эффективности таких методов проведения балинтовских групп является всего лишь точкой зрения их приверженцев, к тому же – немногочисленных, и при этом очень субъективной, нередко просто не критичной, закономерно вызывающей к себе иронично–скептическое отношение и не находящей подтверждений в практике балинтовских групп многих стран, в которых эффективность такой супервизии подвергается серьезному анализу с использованием достаточно объективных методов исследования в медицине и психологии.

Рекомендуемые Международной Балинтовской Федерацией технологии не приветствуют также проведение группы в виртуальном формате, например в виде «видеоконференций» с использованием современных интернет-технологий среди участников, находящихся в это время в разных городах, обсуждающих свои клинические случаи без четких границ и рамок балинтовской группы, с привычной для врачей ориентацией на обмен советами и рекомендациями по решению этих случаев и, естественно, нередко без постоянного и тем более – без адекватно подготовленного ведущего, корректно регулирующего границы работы группы (с такими примерами мы сталкивались в некоторых регионах России). Появление таких «балинтовских» групп отражает не только растущую популярность самой балинтовской супервизии и метода, все еще малознакомого широким массам врачей в России, но и распространенность идеи, что если можно консультировать и лечить пациента, находящегося в другом городе и даже в другой части света, по скайпу или по телефону (что не может не вызывать множества вполне обоснованных возражений, поскольку это подрывает фундаментальные принципы доказательности качества такой медицинской практики вообще и психотерапии – в особенности), то и супервизию, тем более аналитическую, кажется, можно проводить точно так же.

Вместе с тем необходимо отметить успешный опыт работы «THE BALINT 2.0 INTERNET GROUP», очень тщательно продуманной еще на этапе дизайна. Группа создана в сентябре 2014 г. и представлена на 19-ом международном балинтовском конгрессе в Метце (Франция) (K. Hoedebecke et al., 2015). Формат виртуальной группы «Балинт 2.0» является предметом активного взаимодействия и сотрудничества Международной Балинтовской Федерации и WONCA Young Doctors Movement (Движения молодых врачей Всемирной Ассоциации общей врачебной практики). МБФ предоставила этой группе двух опытных ведущих в качестве фасилитаторов ее достаточно необычного в традиционном смысле формата. В работе этой группы принимают участие врачи из стран Европы, Северной и Латинской Америки, Африки и Азии, поэтому в группе наблюдается такое высокое этническое, конфессиональное, культуральное, социальное и профессиональное разнообразие ее участников. Учитывая, что в этой балинтовской группе 14 человек из самых разных уголков мира, представляющих различные региональные объединения молодых врачей (Young Doctors Movement), можно сказать, что «над ней никогда не заходит солнце».

Технически группа «базируется» в Facebook, здесь находится ее «office room». Участники группы хорошо знакомы друг с другом и понятны друг другу, поскольку имеют возможность обмениваться между собой огромным, практически неограни-

ченным количеством взаимных обращений и посланий. Технически взаимодействие в группе во время сессий организовано достаточно эффективно и корректно учитывает каждый сигнал, символизирующий поднятие руки («hand raise») и означающий «прошу слова», поэтому все участники группы в каждый момент понимают, кто из них сейчас будет говорить, потому что только у него в этот момент будет включен микрофон. По правилам работы группы все остальные участники на это время отключают свои микрофоны, поэтому исключаются и посторонние шумы, и возможность перебивать друг друга.

С самого начала, еще на этапе проекта, в ее эскиз и в дальнейшем – в формат работы были заложены хорошо известные, общепринятые и основополагающие правила и принципы балинтовских групп, установлены регулярность работы, продолжительность сессий и интервалов между ними, критерии членства и определенное соглашение о принятии на себя обязательств, связанных с участием в группе. В частности, стабильность состава и устойчивость работы группы поддерживается обязательством, которое участники приняли на себя, – не пропускать 3 или более сессий из 12, запланированных в течение года, или не пропускать две сессии подряд. Группа «встречается» в согласованный всеми участниками день, который строго фиксирован на весь год (первая суббота месяца) с учетом разных часовых поясов, в которых живут участники группы. Этот регламент установлен взамен того порядка, который существует во многих группах, когда сессии имеют плавающие даты, определяемые только перед каждой сессией группы, а у групп нестабильный состав.

В качестве целей работы этой группы, как отмечают K. Hoedebecke et al. (2015), заложены представление молодым врачам принципов и ресурсов балинтовской технологии, помощь врачам в том, как лучше понимать своих пациентов и самих себя в процессе своего профессионального взаимодействия, в большем осознании своих «слепых» пятен и повышении саморефлексии, создании безопасной среды для общения с коллегами и взаимопонимания с ними, предупреждении профессионального выгорания, нового качества профессиональной мотивации и компетентности в работе с «трудными» пациентами или решении «трудных» ситуаций. Создатели этой группы отмечают (D. Nease, 2017), что ее работа содержит в себе большой потенциал привлечения новых участников, у которых нет возможности в своих странах интегрироваться в работающую рядом с ними балинтовскую группу или если в ней нет адекватно, в соответствии с критериями МБФ, подготовленного и сертифицированного ведущего. Эта группа ежемесячно проводит свои сессии в интернете, периодически немного пополняя свои ряды новыми членами, сохраняя вместе с тем свою стабильность и выполняя при этом все установленные для балинтовских групп базовые принципы и традиционные правила, в частности, конфиденциальности и дисциплины участия. «Нетрадиционность» формата работы группы, естественно, предполагает определенные дополнительные требования к подготовке и работе ее ведущих, чтобы при этом не потерялась базисная технология балинтовской супервизии. Можно полагать, что во многом именно их корректной работой, основанной на хорошей подготовке, достаточно высокой компетентности и большом опыте, и объясняется успех этого нового, не очень распространенного и даже необычного формата работы балинтовской группы.

Даже предварительный анализ и оценка эффективности пока непродолжительной работы этой виртуальной балинтовской группы показывает, что ее результаты вполне соответствуют характеру целей этой работы и сопоставимы с результатами «обычных», традиционно работающих балинтовских групп (K. Hoedebecke et al., 2015).

Ведущий группы удерживает ее от сползания в, казалось бы, естественную в такой ситуации неотложную антикризисную психотерапию участника группы, представляющего на обсуждение свой случай, даже тогда, когда это случай достаточно эмоционально горяч и ясно, что за ним стоит много тревоги, страха, раздражения, вины и других негативных чувств. «Использование психотерапевтических техник в группе – удобный способ избежать чего-то другого и достаточно важного в ее работе», – считают G. Corey [et al.] (1998), и часто азартное лечение одного из участников группы может стать основным занятием для некоторых других участников. Это со всей очевидностью нарушает принципы работы как самой балинтовской группы, так и основополагающие методологические принципы любой психотерапии, в частности предполагающие необходимость заключения с пациентом соглашения в виде психотерапевтического контракта, без которого психотерапия, даже «необъявленная», просто невозможна, поскольку у пациента и психотерапевта (в данном случае – группового) могут быть совершенно различные представления о характере проблемы, терапевтическом запросе, критериях его удовлетворения, оценке эффективности терапевтического вмешательства и т. д. Положение о запрете психотерапии в любом ее виде в балинтовской группе относится также к использованию различных игр и упражнений, применяемых в тренингах или групповой психотерапии для «разминки».

Признавая, что балинтовская группа не занимается явной психотерапией, следует отметить, что эмоциональное переживание, выражаемое в группе, – это очень часто пример неявной («необъявленной»), но успешной психологической коррекции, поскольку ее задачу в самом широком смысле можно описать как позитивное изменение, преобразование ситуации напряженной коммуникации «врач–пациент» и связанного с ней напряженного внутреннего переживания из недостаточно ясной и осмысленной в более осмысленную или, как минимум, поддающуюся осмыслению, из, кажется, безнадежной, в более оптимистичную, из тягостной и неприемлемой – в более приемлемую и спокойную. Поэтому часто анализ профессиональных историй из практики участников группы иногда по своим результатам может создавать впечатление вполне удачной, хотя и неявной, психотерапии, поскольку она часто связана с более глубоким осмыслением стоящих перед человеком проблем и новым способом принятия мира взаимоотношений с пациентом и собственных чувств в этом взаимодействии. Естественно, речь тем не менее не идет о прямой целенаправленной психотерапии в балинтовской группе. В данном контексте важно то, что группа является очень продуктивной формой и средой, «конструкцией» для выражения эмоциональных переживаний и их осмысления, которые становятся возможными благодаря этой форме и созданному нею «пространству» и атмосфере взаимодействия, наполненного эмпатией и поддержкой.

В ряде руководств по технологии балинтовских групп (в частности, M. Campkin, 1996) отмечается, что уровень и качество самоосознавания закономерно возрастают по мере участия в балинтовской группе, но обсуждение в ней всегда фиксировано главным образом на анализе взаимодействия врач – пациент, в существенно меньшей степени – на самом пациенте, его патологии и особенностях клинического случая, хотя иногда это бывает важно для группы, поскольку определяет фон, на котором разворачивается обсуждаемая коммуникация с пациентом. Естественно, состояние эмоционального дискомфорта, возникающее при этом у врача, группой не игнорируется, но работа с этим состоянием будет осуществляться главным образом в контексте проблем коммуникации и потребностей, запросов и ожиданий пациента, нежели запросов самого врача.

Группа помогает врачу создать и свою внутреннюю коммуникацию, научая его четче определять характер своих ролей, особенно неформальных и нередко противоречащих конвенциональной роли врача (например, строгого Родителя), эмоциональных переживаний и связанных с ними психологических защит. Очень часто чувства, которые врач выражает в группе, соответствуют тем чувствам, которые ранее, во время консультации, ему выражал пациент. Это явилось продуктивным продолжением представления о том, что «...ни один врач не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют собственные комплексы и внутреннее сопротивление...» (Фрейд З., 1910). Поэтому границы эффективности психотерапии во многих случаях определяются не особенностями клинического случая или самого пациента, а «границами» самого психотерапевта. Балинтовская группа помогает ее участникам ответить на вопрос, почему в общении с пациентами многие врачи часто игнорируют, вытесняют, подавляют в себе то, что они по разным причинам не в состоянии осознать в переживаниях, мотивах, ожиданиях, психологических защитах пациента, так же как и своих собственных, связанных с разнообразными контрпереносными реакциями в отношении пациента. Это успешно отвечает той задаче, которую, по мнению М. Балинта, должен ставить перед собой каждый врач: «Он должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им вряд ли всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого».

Анализ работы балинтовских групп убедительно показывает их эффективность в отношении устранения многих ошибок, которые допускаются самими врачами в процессе работы, в частности связанных с игнорированием ожиданий пациента и его предшествующего опыта, неудачей в подготовке пациента к разнообразию эмоциональных реакций (даже негативных) в процессе терапии, в формировании терапевтического сотрудничества с пациентом, в согласовании терапевтических целей, в планировании и осуществлении терапевтического процесса. Балинтовская группа помогает специалистам лучше осознавать их собственный «вклад» в формирование конфронтации с пациентом за счет стиля реагирования самого врача, который может быть агрессивным, равнодушным, пассивным, формальным, авторитарным, импульсивным, аффективно-ригидным. Группа помогает ему лучше понять проблемы, связанные с установлением границ в межличностном взаимодействии между врачом и пациентом, когда создаются слишком ригидные барьеры в терапевтической коммуникации, когда возникает слишком большая идентификация с пациентом либо, наоборот, высокая степень дистанцированности и закрытость психотерапевта для пациента, когда врач игнорирует недостаточную мотивацию пациента к терапии и поэтому не понимает характер его сопротивлений. Балинтовская группа помогает терапевту лучше понимать самого себя в процессе работы и обращает внимание на то, что часто его сложности связаны с незнанием (или непризнанием) своих ограничений в методологии работы, опыте, потребности в супервизии или иррациональных установках и мифах, присутствующих в профессии психотерапевта (всемогущества, «апостольской миссии», перфекционизма, враждебности, долженствования успеха и т. д.). Эти установки часто выражаются в наиболее распространенных нарциссических ловушках самого врача и состоят в стремлении (неудовлетворяемом и недостижимом по определению и в результате делающие его несчастным) все знать и понимать, всех излечить, всем понравиться, быть всеми любимым...

На одном из семинаров с врачами М. Балинт заметил (цитирую по своей беседе в 1998 г. с Майклом Кортни, многолетним участником группы, ведущим которой с

1957 г. был сам Балинт), что ему нередко кажется, будто пациенту во время общения с врачом иногда не остается ничего другого, как взять в руки что-нибудь тяжелое и слегка стукнуть врача, чтобы тот наконец обратил на него внимание и прислушался к тому, что говорит пациент. Конечно, это было эмоциональным преувеличением, но оно достаточно точно передает те нелегкие чувства, которые часто испытывает пациент в такой коммуникации с врачом. Вероятно, до этого пациент долго стучит в закрытую для него дверь, пытаясь получить разрешение на «вход» во внутренний мир врача. Идея про внутренний и внешний миры в сознании врача привнесена в идеологию балинтовских групп из классического психоанализа. Поскольку все, что есть во внешней реальности, может иметь внутреннее представительство не только в сознании человека, но и в сфере бессознательного, известный психоаналитик Мелани Кляйн предложила понятие «проективной идентификации». Оно обозначает путь, которым пациенту удастся внедрить отдельные фрагменты, «осколки» своей психической реальности в психическое пространство врача, который чувствует их присутствие, желательное для него или нежелательное, в своем внутреннем мире. Естественно, врачу при этом гораздо комфортнее думать о своем пациенте не как об объекте фрагментарных, отрывочных суждений, а как о целостной личности, которая получает внимание врача, входя в его внутренний мир через открытую для этого дверь, предварительно получив «приглашение и согласие на вход».

В этом отношении представляется интересной аналогия с историей о том, что Фрейд иногда проводил анализ своим пациентам, когда они буквально гостили у него дома, особенно летом. Конечно, сейчас это уже нельзя воспринимать иначе, как нечто шокирующее и даже маловероятное в нынешних условиях. Вероятно, только Фрейд мог с этим справляться – сначала завтракать с пациентом, потом проводить с ним психоанализ. Однако «домашний гость во внутреннем мире» врача – это совсем другое дело. Когда пациент представляется балинтовой группе, он кажется человеком, который уже проник в этот внутренний мир врача, еще не будучи туда приглашенным. Он может беспокоить «хозяина дома» громким стуком в дверь, звонить среди ночи в дверной звонок или влезать в дом через открытое окно. Естественно, он может оказываться внутри и разными «незаконными» способами, например: проникать в дом незаметно, крадучись, или, наоборот, вламываясь с грохотом и шумом, занимая самую большую комнату в доме и долго из нее не выселяясь. И вот теперь «хозяин» замечает присутствие в своем «доме» неожиданного, нежеланного, очень беспокоящего его своим присутствием «гостя», обращающегося к нему с назойливыми просьбами или даже требованиями, иногда чем-нибудь его раздражающего, вызывающего самые разные чувства, например страх или вину за то, что ему не оказывают должного внимания. И все это помимо воли «хозяина». Это именно та область, которая анализируется в группе и в которой врачу становится яснее, насколько пациент соответствует представлениям «хозяина» дома о хороших «гостях». Иногда группа стремится помочь «хозяину» просто избавиться от таких «гостей». Гораздо чаще группа помогает врачу лучше понять пациента как человека, который все-таки заслуживает несколько большего пространства или «помещения» во внутреннем мире врача, в котором он найдет больше понимания, поддержки и даже заботы.

Метафора с внутренней «гостиницей» часто оказывается очень продуктивной в работе группы. Она помогает врачу лучше понять, что в этом «доме» есть множество «комнат», в которых разрешено жить самым разным пациентам, пока они получают лечение, внимание и поддержку своего врача. Но время от времени их там сменяют другие люди. Балинтовская группа помогает ее участникам решить, кому можно раз-

решать останавливаться в этой «гостинице», как долго и на каких условиях, которые должны помочь не только самому врачу чувствовать себя увереннее и комфортнее, но и пациенту в ощущении того, что он услышан и принят. Многим врачам такая метафора помогает лучше осознать, как много эмпатии и поддержки они могут оказать своим пациентам, не испытывая при этом нелегкого ощущения, что пациенты вторгаются в их внутренний мир, дезорганизуя его и разрушая.

Одним из важнейших принципов работы балинтовской группы, реализующимся в ее технологии и правилах ведения, является плюрализм мнений и разных точек зрения. Именно он в значительной мере позволяет поддерживать в группе профессионально продуктивный и одновременно с этим доброжелательный диалог коллег с различным уровнем опыта и объединять их профессиональные и личные ресурсы. Понимание и допущение справедливости разных мнений и точек зрения в балинтовской группе во многом совпадает с представлениями Н. Wilkinson (1999) о плюрализме как «воздержанности в теоретическом диалоге», позволяющей избегать категорических утверждений, независимо от того, насколько обоснованы и этически справедливы позиции его участников (обсуждение проблем и критериев истинности суждений в балинтовской группе, по определению, не возникает). Плюрализм в таком понимании представляет собой в определенном смысле допустимую конфронтацию мнений и идей, признающую правомерность их различий. При этом он с неизбежностью предполагает и взаимное уважение к разным точкам зрения, стремление узнать их лучше и не добиваться как-будто обязательного, нередко иррационально понимаемого компромисса, чтобы достичь иллюзорного результата псевдосплочения группы. Это позволяет участникам группы лучше услышать и понять, что представляют собой разные идеи и суждения, которые высказываются в группе.

В этом отношении балинтовская группа способствует развитию нового уровня интеллектуальной активности ее участников. При этом они, по общепринятому пониманию смысла информации, получают новое знание о чем-то еще, кроме уже существующего у них представления о своих собственных реакциях. Сам процесс анализа в группе реализует возможность увидеть в чем-то одну черту чего-то другого, не столь явного или очевидного. В этом заключается объяснение того, как «производится» и как «усваивается» новая информация в группе. Этот процесс никогда не бывает абсолютно простым и легким по ряду причин, одна из которых очевидна и заключается в том, что эта новая информация, как бы она ни углубляла понимание анализируемой в группе ситуации, не сможет создать непротиворечивую картину «объективной реальности» (если, конечно, она существует), точнее, того, что понимается под ней разными участниками группы в ходе обсуждения представленной на супервизию истории и возникающих у них при этом реакций в рамках неизбежно возникающего параллельного процесса.

Процесс обсуждения в группе, который запускается свободно структурированным сообщением одного из участников группы с определенным запросом и который вызывает определенное эмоциональное вовлечение других участников, позволяет сделать более отчетливыми различные грани обсуждаемой ситуации нелегкого и напряженного, не во всем ясного взаимодействия в данных условиях у данного врача с данным пациентом в решении данной проблемы. Возникает новая картина этой коммуникации и новое представление о ее главных участниках, появляется новая мозаика, составленная из отдельных «камешков» (идей, ассоциаций и чувств участников группы). Можно использовать обратную аналогию и сравнить этот процесс с лучом света, проходящим сквозь стеклянную призму и распадающимся в результате на целую гамму цветов. Когда человек рассказывает нечто важное для себя не одно-

му, пусть даже внимательному, слушателю, а сразу нескольким коллегам по работе, составляющим балинтовскую группу, отраженное от них «эхо» его собственных слов и переживаний становится для него «громче» и отчетливее, а значит, более осознанным и понятным. Большая степень осознанности врачей в своей работе, прежде всего в ее коммуникативной составляющей, делает их и более свободными, и более ответственными в профессии.

Для описания принципов работы балинтовской группы может быть интересной аналогия научного исследования, предложенная Френсисом Бэконом, которая включает в себя такие модели, как «путь пчелы» и «путь паука». Первый предполагает тщательный и кропотливый сбор по крупицам разных знаний, относящихся к обсуждаемому вопросу, и их исчерпывающую систематизацию, необходимость накопления со всем доступным объемом предшествующих исследований. На их основе осуществляется продвижение вперед как продолжение и развитие этой «траектории» с формированием определенного заключения. Такой путь часто напоминает расследование и поиск истины или единственно верного объяснения определенной проблемы, соответственно – определение ее единственно верного решения. «Путь паука» предполагает не только гораздо меньшую зависимость от предыдущих знаний фактического материала, всегда недостаточно полных и во многом противоречивых, но даже и отказ от их обязательного сбора и представления. Этот путь допускает возможность появления нового знания «из самого себя», генерирование новых идей и представлений, напрямую не связанных с предшествующим готовым знанием. Такому подходу даже противопоставлен скрупулезный и педантичный анализ уже имеющихся данных, поскольку очень жесткая, нередко даже тенденциозная, искажающая восприятие привязка к ним служит препятствием для свежих и часто вполне продуктивных идей. Этим во многом можно объяснить успех работы балинтовских групп для медиков и других профессионалов, оказывающих психологическую помощь и всегда работающих в условиях некоторой неопределенности и дефицита фактических данных.

Здесь следует иметь в виду, что даже опытным и глубоким специалистам свойственно нередко находиться в плену тенденциозного, избирательного восприятия того, что кажется им бесспорными фактами. Хорошо известно, что люди обычно верят в истинность того, что они неосознанно предпочитают, им свойственно обосновывать и поддерживать то, что они когда-то приняли для себя, иначе это разрушает привычный строй их представлений. Поэтому можно утверждать, что балинтовские группы, использующие описанную Ф. Бэконом метафору, служат достаточно успешным средством от стереотипии и даже жесткой ригидности мышления, с годами превращающейся у многих врачей в серьезную проблему в их работе. «Человеческое представление о реальности есть в основном социальный процесс... То, что люди называют «реальностью», есть их ориентация, относительно которой просто существует высокая степень согласия» (Т.Шибутани, 1969).

Групповую дискуссию вполне можно рассматривать как своеобразный вариант исследования, направленного на более глубокое понимание профессиональной коммуникации. В таком исследовании балинтовская группа может принимать также довольно отличные друг от друга, во многом даже контрастные образы «шахтера» и «путешественника». Эти образы привнесены нами в анализ работы балинтовских групп из технологии исследовательского интервью (S. Kvale, 1996).

Метафора образа «шахтера» представляет знания как ценные и полезные, но скрытые в глубине ископаемые, а группу – как горняка, добывающего их. Некоторые «шахтеры» при этом собирают объективные факты, некоторые ищут также их зна-

чение и смысл. И то и другое предполагает, что знание ответов на сложные вопросы коммуникации в терапевтической практике находится внутри самого человека и его можно (и нужно) «добыть». Группа как исследователь «расчищает» поверхность сознательного опыта переживаемого случая из практики участников группы, погружаясь при этом и в сферу их неосознаваемого. Ценность получаемого «конечного продукта» определяется его связью с объективной реальностью и с реальностью субъективного, внутреннего опыта.

Альтернативный этому образ «путешественника» рассматривает группу в движении, в «пути», который завершается определенным итогом, описанием своих дорожных впечатлений и открытий по возвращении домой. Привлекательная сторона этого образа в том, что путешественник может беседовать с разными людьми, свободно двигаться в разных направлениях, исследовать разные новые для себя места, нанесенные ранее на его карту или вовсе им неизведанные. Он может свободно скитаться в поиске удачи, но может и целенаправленно искать определенное и необходимое ему место на этой карте. При этом путешественник общается с множеством собеседников, подтверждая исходный смысл слова, распространенного во многих языках, поскольку происходит оно из латыни (*conversation* – беседа, «странствие вместе с другими»). Возможные смыслы того, что увидено и услышано им по ходу «путешествия», описываются в различных интерпретациях. «Путешествие» ведет не только к новому знанию, оно меняет и самого «путешественника». Оно включает механизм активной саморефлексии, что приводит «путешественника» к новому самоосознаванию. Это один из основных ценных эффектов, достигаемых в балинтовской группе.

В последние годы ряд авторов, в частности J. Sternlieb (2009), C. Höfner et al. (2009), исследуют возможности более широкого анализа границ применения балинтовской технологии в помогающих профессиях. Корректно функционирующая балинтовская группа рассматривается ими как очень эффективный ресурс в процессе профессионального развития врачей и психологов. Это в значительной мере связано с тем доверием, которое испытывают участники группы к процессу открытого и достаточно искреннего, эмпатийного, уважительного и поддерживающего анализа тех сложностей и вызовов, которые возникают в ходе сложного взаимодействия с пациентами. В результате такого анализа у докладчика и в совсем немного меньшей степени у других участников группы появляется новое понимание того, как складывалась эта коммуникация и что ее осложняло, появляется новое понимание пациента, а у врача формируется новое видение других, более для него спокойных и эффективных путей формирования терапевтических отношений, соответственно, и более успешного терапевтического процесса.

Структура работы балинтовской группы включает в себя два процесса, достаточно непривычных для врачей и поэтому используемых крайне редко, – возможность свободно обсуждать характер взаимодействия с пациентом, фокусируясь на своих и его переживаниях и реакциях, а также соблюдать заложенную в правилах группы определенную необходимость некоторое время, находясь за кругом, слушать мнения других участников группы, не имея возможности спорить с ними, комментировать, «исправлять» другие точки зрения и доказывать свою «правоту», защищаясь и нападая. Это позволяет реже использовать свои привычные и хорошо знакомые, хотя и не всегда конструктивные, поведенческие стили или, как минимум, лучше их видеть, реже прибегать к поиску «оборонительных» объяснений своих реакций и своих действий, что очень часто не дает возможности как-нибудь иначе посмотреть на пациента и на себя в работе с ним. Тем самым балинтовская группа расширяет

«репертуар конструктивных ролей» в профессиональной деятельности, сужает зону «слепых пятен» и способствует более глубокому пониманию и самого вопроса, и ответа на него «Каков я как врач (психолог)?».

Исследователи уделяют достаточно много внимания анализу того, как влияет должностной статус отдельных участников на взаимодействие в группе, поскольку это всегда вопрос потенциально большей власти у этих участников и их возможности более активно влиять на ход дискуссии в группе. Кроме того, когда люди связаны иерархическими служебными отношениями, они по-разному слушают друг друга, и тенденция здесь, как правило, однонаправленная. Она выражается в том, что люди с более высоким служебным статусом, чем у других участников группы, слушают их существенно меньше, чем наоборот. Это особенно заметно в тех случаях, когда балинтовская группа сформирована из сотрудников одного учреждения.

Эта особенность взаимодействия в группах является достаточно типичной и относится к одной из стратегий «выживания» в коллективе, но во многих случаях она является неосознаваемой в отношении наших установок, связанных с общением. В этом смысле балинтовская группа помогает многим участникам понять и то, какая «цена», которую мы платим за поддержание этих установок и за развитие в себе новых навыков слушания и внимания к другим людям. Эти вопросы, часто неосознаваемые, находят отражение в балинтовской супервизии, фокусирующейся на профессиональной коммуникации. Это пациент всегда обращается за помощью к врачу, и никогда не бывает наоборот. И это врач, который, в отличие от пациента, всегда чувствует себя ответственным, обязанным найти успешное решение проблемы пациента и придать взаимодействию с ним терапевтическое направление. При этом у него всегда есть ограничения времени, знаний, собственных сил и энергии, разного рода ресурсов, доступных ему в лечебном процессе, но есть также и ограничения в простом понимании того, что многие проблемы пациентов слишком сложны и зачастую находятся вне возможностей врача управлять их решением. Поэтому, несмотря на исходное неравенство в положении в этой коммуникации, в ресурсе власти и в возможностях влиять на терапевтический процесс, именно врач нередко чувствует себя беспомощным и зависимым от пациента.

Рядом исследований показана высокая эффективность балинтовских групп для врачей самых разных специальностей, включая не только врачей общей практики (семейных врачей), для которых изначально и создавалась эта форма супервизии, но и для врачей-интернистов более узких направлений (кардиологов, ревматологов, эндокринологов и т. д.), акушеров-гинекологов, педиатров, даже стоматологов, физиотерапевтов, остеопатов и других медицинских специалистов.

Можно отметить еще один важный критерий, определяющий целесообразность «экспансии» балинтовских групп среди медицинских специалистов, – необходимость преодоления ими своей профессиональной изоляции. Утверждение о том, что чем выше степень такой изоляции и чем меньше у врачей возможностей получать поддержку коллег в виде корректно структурированного обсуждения своих случаев из практики, тем больше врачи демонстрируют признаки профессионального выгорания и тем больше пользы приносит им работа в балинтовской группе, подтверждается рядом исследований.

J. Sternlieb (2006, 2009) приводит данные об эффективности балинтовских групп и в других, немедицинских сферах, работа в которых тесно связана с межличностной коммуникацией. Это, в частности, психологическое консультирование, сферы образования, менеджмента и бизнеса, работа полицейских, духовенства, т. е. там, где меж-

личностные отношения активно влияют на эффективность работы и профессиональное самочувствие самих работников. Представление о возможности использовать потенциал балинтовской технологии подтверждается опытом разрешения многих кризисов в таких коллективах, особенно в тех случаях, когда только управленческие решения сами по себе ожидаемого эффекта не приносят. Он может быть источником развития персонала и позитивного влияния на взаимоотношения между сотрудниками в данной организации, что не может не отразиться на всей ее работе.

Вместе с тем, существуют и определенные предостережения о необходимости корректного и даже иногда сдержанного отношения к идее внедрения балинтовских групп в разных социальных сферах. В частности, во всех этих случаях сохраняется необходимость создания такой технологии работы группы, которая способна обеспечить своим участникам атмосферу безопасности и эмоциональной поддержки, возможность свободного обмена мнениями и взглядами на обсуждаемый случай. Именно это делает балинтовскую группу столь информативной и развивающей. Это предполагает необходимость во всех этих случаях иметь хорошо подготовленного ведущего, отвечающего требованиям, которые предъявляются к его квалификации. При этом он должен понимать и специфические характеристики, условия, своеобразие и даже, возможно, уникальность профессиональной культуры работы в той сфере, которую представляют участники данной балинтовской группы. Например, как реализовать требование сохранять конфиденциальность и сотрудничество в группе менеджеров, если у отдельных участников есть конфликт интересов или определенное соперничество за статус лидера. Очень важным обстоятельством в подобных случаях является и необходимость учета индивидуальных систем ценностей участников группы, в частности религиозных, чтобы в группе не возникала ситуация их конфликта. Тогда группа, даже достаточно гетерогенная по своему составу и по своим взглядам, может быть вполне продуктивной. В литературе, анализирующей эффекты балинтовских групп в США и некоторых европейских странах, описаны случаи успешной многолетней работы нескольких групп, состоящих из 7–8 священников разных конфессий и представляющих разные религиозные направления, собиравшихся 1–2 раза в месяц, при этом участники этих групп выражали потребность в сохранении такой группы и высокую степень удовлетворения от ее работы.

Поэтому, обсуждая масштабы «экспансии» балинтовских групп в разные социальные сферы, лучше всего подходить к этому с разумным пониманием границ возможностей и ресурсов данной технологии. Она не меняет весь «мир» внутри нашей профессии, но даже таких факторов, как повышение удовлетворенности своей работой, снижение выраженности и частоты стрессов в работе и риска профессионального выгорания, повышение эффективности самого терапевтического процесса вполне достаточно для того, чтобы по святить этому небольшую часть времени, постепенно отмечая у себя все возрастающий интерес и внимание к изменениям в себе и в своем отношении к пациентам. Это и составляет непрерывное профессиональное развитие врачей и психологов.

Завершая эту главу, еще раз отметим необходимость критичного отношения к очень распространенной, поскольку очень привлекательной, позиции, наиболее радикально выраженной Львом Толстым: «Все жизненные задачи решаются, как алгебраические уравнения: приведением к простейшему», и что балинтовская группа не дает простых и легких ответов на сложные вопросы психотерапевтической и консультативной практики, поскольку очень часто эти решения имеют мало общего с реальностью.

## **Существенные характеристики балинтовских групп и процесса их работы. Критерии Международной Балинтовской Федерации**

Балинтовская группа – это группа аналитической ориентированной профессиональной супервизии. Размер группы жестко не определен, но, по опыту, при количестве менее 7 и более 12 человек группа работает менее успешно. При формировании группы следует стремиться к тому, чтобы она создавалась на основе осознанного и добровольного участия в ней и чтобы члены группы не были связаны прямыми и тесными служебными отношениями, например не были сотрудниками одного учреждения, поскольку тогда возрастает риск, что они будут вносить в группу «извне» свои уже сложившиеся рабочие отношения, нередко достаточно напряженные и даже конфликтные. Важно также, чтобы члены группы не находились в отношениях подчиненности по работе. Например, критически важно, чтобы в группе не было участника, являющегося прямым начальником для других членов группы (главный врач, начмед и т. д.) и тем более для ведущего. Опыт показывает, что в таких случаях работа балинтовской группы серьезно осложняется, а нередко и просто блокируется таким участником, поскольку в группе он продолжает руководить другими, продолжает быть их «начальником», самым компетентным и все знающим ее членом, выражающим свое мнение, естественно, всегда правильное и бесспорное, в директивной, непререкаемой форме и постоянно кон фронтирующим с ведущим группы. В таких ситуациях закономерно возникает вопрос, смысл которого не в том, почему эта балинтовская группа оказывается столь нежизнеспособной, а в том, как она вообще смогла появиться в этих условиях и как долго она продержится в таком формате.

Группа формируется на основе включения в нее разных специалистов помогающих профессий, но, по возможности, с равным социальным статусом. Отношения между людьми с неравным статусом часто являются неконструктивными и напряженными, они порождают установки и поведение, закрепляющие эти отношения. Поэтому для ослабления напряженности, нередко возникающей в нашей профессиональной деятельности, и ее супервизии, важно, чтобы такое взаимодействие осуществлялось между людьми с равными статусами, насколько возможно.

В группе должен быть постоянный ведущий, и он не меняется все то время, что находится в «контракте» с группой. Нередко «это время» может продолжаться долгие годы, так, как это было с Майклом или Энид Балинтами. Ведущим группы может быть врач, психолог, социальный работник или соответствующий этому направлению специалист помогающей профессии, посещающий балинтовскую группу в качестве участника и имеющий предварительную подготовку в качестве ведущего. В процессе такой подготовки предусматривается ко-лидерство с опытным ведущим балинтовской группы и/или посещение специальных тренингов по ведению групп. Этот специалист должен иметь определенное отношение к той профессиональной, клинической сфере, в которой работают участники группы, например иметь собственную консультативную или терапевтическую практику, а также определенную психоаналитическую подготовку. Ведущий с подготовкой в анализе неосознаваемых процессов и связанных с ними психологических защит может лучше помочь своим коллегам в понимании ими своих взаимоотношений с пациентами, в частности в лучшем понимании ими своих «слепых пятен» и контрпереносов, активно влияющих на стили этого взаимодействия, нередко эмоционально достаточно травматичные для пациентов и непродуктивные для терапевтического процесса. Вместе с тем ведущий должен быть хорошо подготовленным в процессах ведения группы, понимания и анализа различных аспектов развития групповых феноменов и регулирования групповой динамики.

Группа является закрытой и постоянно действующей. Она регулярно собирается в течение длительного времени, иногда даже десятилетий. Регулярность ее сессий – важный элемент работы. Этому может способствовать установление фиксированных дней в течение каждого месяца на несколько месяцев вперед, что помогает участникам группы лучше планировать свою работу. Наилучшее состояние группы для ее успешной работы – когда состав постоянен в течение длительного времени. Если это невозможно, сменный состав группы («карусель», по терминологии зарубежных авторов, описывающих работы балинтовской группы) все же лучше, чем «ничего». Ведущий должен проводить предварительное собеседование потенциальных новых участников группы, поскольку несет ответственность за тот психологический климат, который впоследствии складывается (нередко он даже осложняется и разрушается) в группе после прихода в нее новых участников и который активно влияет на эффективность всей работы.

Стандартные правила работы группы предполагают конфиденциальность, открытость, искренность, ответственность, уважение к другим участникам группы. Работа происходит в кругу. Групповая сессия (обсуждение одного случая) длится обычно от 1 до 1,5 ч, в европейских балинтовских группах – немного меньше, до 50 мин. Так, в частности, работают в балинтовских группах Великобритании и США, но в Германии обсуждение одного случая может продолжаться 90 мин. Сессия балинтовской группы завершается так же, как и психотерапевтическая, когда истекает установленное время. За соблюдением этого важного критерия ее работы следит ведущий группы. Обычно участника группы, представлявшего свой случай, просят по завершении обсуждения высказать группе в свободной форме свою обратную связь о том, чем ему помогло это обсуждение, что нового о своей коммуникации с пациентом он узнал, как изменилось его представление о себе и о пациенте. Ему также предлагается при желании представить на одной из предстоящих в будущем сессий продолжение этой клинической истории, естественно, с учетом нового опыта уже состоявшейся супервизии и развития этой коммуникации. Ведущий группы обычно благодарит его и всех других участников, при этом он сам активно воздерживается от подведения итогов и заключения, которое, как правило, содержит его личную (вполне субъективную) точку зрения на обсуждаемую в этой истории коммуникацию «врач–пациент». Этим он реализует важную установку технологии балинтовской группы, что ведущий – это лидер группы и ее «дирижер», но не начальник и все знающий «не-рядовой» член группы, объясняющий в конце дискуссии, как надо понимать правильно то, что обсуждалось в группе в процессе зачастую очень нелегкой супервизии. Другой метафорой для такой аналитической группы, как балинтовская, может служить высказывание Ван Дер Клея: «Мы все – слова в одном предложении».

Все участники группы имеют собственную терапевтическую / консультативную практику. Группа является профессионально достаточно однородной, но может включать в себя врачей различных специальностей и клинических психологов. За рубежом в такие группы включают медицинских сестер и студентов, но наш опыт успешность такого варианта балинтовских групп не подтверждает, поскольку у студентов еще нет собственной клинической или консультативной практики, поэтому в группе они чувствуют себя просто слушателями и ведут себя пассивно. Автору этих строк приходилось вести балинтовские группы для социальных работников, педагогов школ, психологов, работающих в органах внутренних дел и учреждениях ФСИН. Перечень специалистов, для которых могут быть созданы балинтовские группы, можно продолжать.

В анализе атмосферы, которая формируется в группе, важно, чтобы участник, представляющий трудный для него случай из своей клинической практики, чувствовал, что ведущий и вся группа понимают, что значит быть врачом и с какими сложностями и проблемами связана эта работа. Очень важно, чтобы атмосфера в группе не выстраивалась в критическом (оценочном) или дидактическом тоне. В балинтовской группе с самого момента ее формирования и с самого начала ее работы не должна возникать атмосфера назидания, наставления или обучения ее участников «правильному образу мыслей». Группа занимается тем, что помогает заказчику лучше понять, какими в данном случае являются взаимоотношения с пациентом и что в них реально происходит (по крайней мере, в понимании заказчика и в отраженных переживаниях участников группы), а не какими они должны быть вместо этого и тем более почему это не сделано и что именно должно было быть сделано. У известного американского психотерапевта Карла Витакера это называлось «регрессом к реальности», хотя, на самом деле, это лучше было бы назвать восхождением к ней, поскольку помощь в супервизионном процессе заключается в восстановлении контакта с реальностью в анализируемом клиническом случае.

Материалом работы группы является представление клинического случая из практики участников группы. Редкие в практике («экзотические») клинические случаи могут иногда использоваться в качестве материала для работы, но делать это правилом не рекомендуется. Высказывания происходят в свободном порядке, по желанию участников группы. Количество реплик или более пространственных высказываний не ограничивается, так же как и жестко не ограничивается время высказывания (естественно, в разумных пределах, поскольку ведущий должен следить за тем, чтобы никто не доминировал в процессе этого обсуждения, ущемляя тем самым права других участников). В правилах балинтовской группы нет требований обязательности высказываний или проведения их в порядке жесткой очередности, например по кругу. Если в группе есть молчащие участники, ведущий обращает на это внимание и может приглашать их высказаться, поделиться своими переживаниями, идеями, представлениями по поводу обсуждаемой истории, но так, чтобы это не переходило в психологическое давление, поскольку высказывание – это право, а не обязанность.

Важно помнить, что балинтовская группа – это не групповая дискуссия врачей о пациентах «вообще» или о традиционных сложностях и проблемах в нашей работе. Обсуждение в группе фокусируется исключительно на взаимоотношениях в конкретной коммуникации «врач–пациент». Некоторые фактические обстоятельства истории, например, анамнестические данные или представления о диагнозе, необходимо бывает прояснить, но только те факты, которые имеют отношение к анализируемой коммуникации. Обсуждение общих вопросов диагностики и лечения, а также любые генерализации и обобщения к этому явно не относятся и поэтому не допускаются. Одно из важнейших ограничений в работе группы накладывается на стремление обсуждать клиническую часть представленной истории и стремление «патологизировать» пациента, рассматривать его не через взаимодействие с врачом, а сквозь призму его диагноза и особенностей проявления его расстройств. Следует помнить, что обсуждение диагноза также может стать предметом напряженных (и одновременно схоластичных, при очевидном дефиците важнейшей клинической информации) споров в группе и вносить довольно много шума в ее работу (в прямом и переносном смысле).

В группе не приветствуется профессиональный жаргон, сложная профессиональная терминология, обилие метафор в речи, поскольку они всегда могут пониматься

разными участниками по-разному. Или, что еще хуже, им может показаться, что они понимают то, чего в действительности понять не могут. Избыточное использование профессионального жаргона нередко создает ловушку согласованного понимания определенных высказываний в группе. Одна из таких ловушек возникает, когда при описании фактов используют абстрактные понятия, создающие некий защитный теоретический туман и определенную иллюзию, что представленные факты и особенности истории по-другому, более ясно и доступно, изложить вряд ли возможно. Ловушка использования профессионального жаргона и терминологии в балинтовской группе может заключаться и в необходимости прикрытия в отдельных случаях определенной банальности и поверхностности аналитических рассуждений и стремления избежать упреков в профессиональной некомпетентности, что может читаться даже как скрытый упрек в невежестве. При этом нужно исходить из того, что определенная степень рассогласования в понимании одних и тех же слов, тем более таких, которые не имеют однозначного определения, является нормой общения разных по возрасту, опыту, образованию людей, для которых «понять» означает найти нечто аналогичное и близкое в собственной практической деятельности, в собственном опыте и переживаниях. «Не мы первые, кому приходится ждать, пока начнут понимать их язык» (З. Фрейд, из письма К. Юнгу).

В этом есть риск для конструктивности групповой супервизии и почва для непродуктивных споров и конфронтаций. Поэтому ведущий стремится ограничивать использование в группе диагнозов, ярлыков, сложных профессиональных или, наоборот, обиходно-бытовых терминов, предполагающих прямое указание на суть или характер обсуждаемой проблемы и ее причины, соответственно, и способы ее решения. Здесь очень часто и может начинаться «борьба за истину», которой в балинтовской группе всячески избегают.

Вследствие того, что балинтовская группа концентрирует свое внимание на особенностях коммуникации «врач–пациент» в представленном клиническом случае, в ее работе не допускаются различные генерализации, высказывания по типу «Пожилые пациенты обычно ведут себя с врачом так, что...». Очень часто такие генерализации являются психологической защитой для других участников группы вследствие переносов, возникающих у них в процессе обсуждения. Если кто-либо из участников группы упорно сводит обсуждение именно к этому, используя такой стиль как самозащиту, ведущий группы обычно обращает внимание группы на такую ситуацию и возвращает обсуждение в конструктивное русло, определенное целями и принципами балинтовской группы.

В качестве примеров вопросов, на которых фокусируется группа в своей работе, можно привести следующие:

- каковы были ожидания врача и пациента в этой терапии и насколько они совпадали;
- на взаимодействие в каких ролях (особенно неформальных) была похожа эта ситуация; как по ходу терапии формировалась и как регулировалась межличностная дистанция в этом взаимодействии;
- какие чувства мог испытывать пациент в процессе взаимодействия с врачом и как он это выражал; как они могли быть связаны с реакциями и действиями самого врача; что могло блокировать или осложнять более точное понимание врачом реакций пациента, например его сопротивления;
- какие чувства мог испытывать врач в этой истории; как он их выражал своему пациенту; что могло его тревожить (беспокоить, раздражать, вынуждать испы-

- тывать чувство вины, беспомощности и т. д.);
- не было ли у врача в этой истории каких-либо иррационально понимаемых обязательств перед пациентом (или перед другими неявно присутствующими фигурами); не было ли тут конфликта его ролей, которые он частично мог не осознавать, но которые ему приходилось исполнять;
  - как формировались и как поддерживались границы каждого из участников этой коммуникации;
  - что еще могло осложнять межличностную коммуникацию с пациентом в данной истории, по крайней мере, для самого врача?

Эти и другие вопросы, на которых фокусируется группа в своей аналитической работе, можно условно объединить в один общий вопрос, который, конечно, напрямую в такой формулировке не звучит, но всеми участниками подразумевается именно так: «Как описать характер контрпереноса, в котором находился врач в процессе этой коммуникации, как он менялся и как влиял на обоих ее участников, что создавало коммуникативную ригидность врача в данной истории и как проявлялись определенные стратегии – клише в восприятии пациента и самого себя во взаимодействии с ним?». Другими словами, это вопрос о том, какова дилемма самого докладчика, поскольку пациент существует только в пространстве его восприятия, его переживаний и его нарратива, что находится в зоне его «слепого пятна», связанного с представленной коммуникацией, и поэтому каковы его явные и скрытые ожидания от супервизии в группе.

Определение характера контрпереноса в данной истории ограничивается его описанием и ролью во взаимодействии с пациентом. Личная история врача и его жизнь, истоки появления этого контрпереноса не обсуждаются, поскольку это неизбежно смещает фокус внимания группы в область его личной терапии.

Важной характеристикой работы балинтовской группы является спонтанность представления истории и запрет на использование и поэтому отсутствие на представлении случая в группе предварительно подготовленных записей, материалов из истории болезни как это принято в клинических разборах. Здесь в представлении случая опора только на память – это одно из важнейших и очень существенных правил балинтовской группы. Забытые, пропущенные и потом всплывающие в памяти рассказчика определенные детали, фрагменты и грани представляемой истории, «скольжение» по ним, «спотыкания» и «буксование» в рассказе, различные оговорки, ускользание от вопросов, поправки, которые по ходу обсуждения вносит сам заказчик, вовсе не рассматриваются как свидетельства его низкой (или недостаточно высокой) профессиональной квалификации (и он сам это хорошо понимает, поскольку в группе не допускаются никакая критика и оценочные суждения), но могут быть маленькими ключами к пониманию того, что происходило и происходит в настоящее время в самом враче и в его взаимодействии с пациентом, в частности связанных с ним контрпереносов в реакциях и поведении врача. Записи представленной истории не допускаются. В представлении случая в группе врачу принципиально (критически) важно опираться только на свою память и на те эмоциональные реакции и размышления, которые вызваны этой историей. «Соскальзывания» в воспоминаниях, забывание некоторых деталей представленной истории, вытеснение каких-то важных подробностей в описании случая, пропущенные и потом всплывающие в памяти рассказчика определенные элементы и грани представляемой истории, «спотыкания» и «буксование» в рассказе, различные оговорки, ускользание от вопросов,

поправки, которые по ходу обсуждения вносит сам заказчик, не рассматриваются как недостатки ведения этого пациента, но могут быть ключами к пониманию характера взаимодействия с этим пациентом, в частности связанных с ним контрпереносов в реакциях и поведении врача.

Поскольку фокусом обсуждения в группе являются конкретные проблемы и история взаимодействия конкретного врача с конкретным пациентом в конкретных обстоятельствах, в группе не обсуждаются случаи без такого достаточно четкого запроса. В целом можно отметить, что ведущий внимательно прислушивается к различным, особенно неявно выраженным, запросам участников группы («Я должен следовать за ними, я их лидер»), но вместе с тем отчетливо показывает, что не все из этих запросов должны быть удовлетворены и приняты к обсуждению в группе, например, если они ориентированы на решение или на получение личной терапии. Вместе с тем балинтовская группа может начинать процесс обсуждения представленного ее участником случая без четко сформулированного запроса, поскольку такая ситуация может зеркально отражать сложность в самой психотерапевтической коммуникации, когда пациент по ряду причин не высказывает свой запрос с достаточной ясностью либо сам психотерапевт его не осознает. Это ситуация параллельного процесса: то, чего психотерапевт не осознает в запросе или в проблеме пациента, не может ясно прозвучать в его запросе на балинтовскую супервизию.

Цель работы группы – повысить у врача степень осознания проблем и переживаний пациента и своих собственных в работе с ним, а не поиск решений. Участники группы поощряются и стимулируются к анализу того, что, по их мнению, произошло в представленной коммуникации. Вопросы не приветствуются, тем более если они многочисленные и настойчивые. Советы и рекомендации (в любом их виде), направленные на решение, не приветствуются еще более строго.

Группа не используется для личной терапии ее участников, и не направлена на коррекцию личности врачей. У них будет возрастать уровень самоосознания как результат участия в балинтовской группе, но само обсуждение в ней строго фокусируется на коммуникации «врач–пациент», поскольку она для этого изначально не предназначена. Дискомфорт самого участника в этой ситуации и его чувства не будут проигнорированы, но работа с ними будет происходить через контекст чувств, потребностей и проблем пациента, а не личных проблем врача.

Ведущий несет ответственность за то, что группа работает по изложенным принципам. Это предполагает, что и все участники группы также несут свою ответственность за соблюдение этих правил. Ведущий должен обеспечить полную атмосферу безопасности, что особенно важно для участника, представляющего свой клинический случай. Некоторое возрастание тревоги и напряжения тем не менее рассматривается как неотъемлемый элемент процесса профессионального развития, приобретения нового знания и опыта, что достигается в результате баланса небольшой, но неизбежной фрустрации этого участника и его эмпатийной поддержки в процессе групповой супервизии.

Положение о необходимости формирования и поддержания в балинтовской группе климата конфиденциальности, доверия и эмоциональной безопасности имеет особенно большое значение. По аналогии с тем, что чем меньше пациент знает о своем враче, тем больше он склонен фантазировать о нем и формировать на него реакции переноса, как следствие своеобразной «анонимности», закрытости врача нечто подобное может происходить и в балинтовской группе. Чувство безопасности позволяет ее участникам не избегать эмоционально нелегких, поэтому кажущихся

ся неприемлемыми для них вопросов, например о своей личной жизни, и даже не подвергать эти вопросы традиционному анализу («А почему вас это интересует?»). Это позволяет тем самым укреплять не только доверие между членами группы, но и реалистичность их взаимоотношений в процессе аналитической работы в группе. Чем более закрыты люди друг для друга в значимом для них общении, тем больше фантазий и непродуктивных переносов они в себе развивают. Проявление интереса к личности друг друга способно в принципе рождать амбивалентные чувства, но в балинтовской группе этого удастся избежать, если такой интерес поддерживается и эмоционально развивается и только изредка (на самом деле крайне редко) аналитически интерпретируется.

Одно из правил работы группы предлагает ее участникам помнить о разумных пределах в количестве задаваемых личных вопросов и о возможности неосторожно открыть ящик Пандоры. Ведущий в группе следит за тем, чтобы обсуждение проходило в рамках запроса, который представляет участник после описания своей истории, и не нарушало определенных границ. Поэтому даже достаточно эмпатийное и поддерживающее обсуждение в группе происходит в рамках определенной эмоциональной дистанции, поскольку передозировка в анализе приводит к усилению тревоги и связанных с нею психологических защит. Важным аспектом в содержании работы группы является анализ совпадений или несовпадений явного (эксплицитного) содержания текста, того материала, который высказывает участник группы, с содержанием неявных для него (скрытых, имплицитных) граней общения с пациентом, в частности имплицитных коммуникативных намерений врача. Ситуации совпадения явного содержания и смысла скрытых коммуникативных намерений могут приводить к формированию у врачей новых способов и нового, более продуктивного, характера взаимодействия с пациентами. Вместе с тем наш опыт работы в балинтовских группах свидетельствует, что в тех случаях, когда неосознаваемые врачом коммуникативные мотивы и связанные с ними чувства и барьеры по своему содержанию совпадают с открыто обсуждаемым характером сложной, по разным причинам, профессиональной коммуникации, это может приводить к усилению вытеснений, рационализаций и защитных поведенческих механизмов реагирования в группе.

Таким образом, обсуждение в группе движется от проблемы, а не от человека, что позволяет делать этот анализ более корректным и объективным. Акцент на анализе проблемы в данной коммуникации данного врача с данным пациентом позволяет также избегать морализаторства, назиданий, поучений, нередко даже связанных с давлением на человека (достаточно привычный для нас стиль общения), что часто не позволяет ему спокойно принять высказываемые в обсуждении идеи и представления об анализируемой коммуникации.

Важным аспектом в идеологии и, соответственно, технологии работы балинтовской группы является выражение эмпатии и поддержки друг другу, которые тесно связаны с атмосферой эмоциональной безопасности в процессе обсуждения представляемых случаев из клинической практики участников. В этом отношении эмпатия является не только эмоциональной поддержкой, но и очень продуктивным способом познания, соответственно, и поддержки другого человека. Многие другие стили общения между участниками, прежде всего рационализации, только активнее генерируют переносы и усиливают защиты, что в результате не позволяет лучше понять суть того, что происходит во взаимоотношениях с пациентом (аналогично тому, как прохладное отношение человека к поэзии или музыке не исправляется теоретическими знаниями, полученными после чтения трудов с глубоким литературоведческим анализом стихов или статей музыкальных критиков).

Поскольку обсуждение представленного врачом случая происходит в «зоне» тех событий, размышлений и переживаний, где, условно говоря, никто из других участников группы до этого не был, так как в анализируемой коммуникации с пациентом не участвовал, то это означает, что члены группы обмениваются в процессе дискуссии только своими ассоциациями, фантазиями, своеобразными мифами и, естественно, чувствами. Важно помнить, что когда допускается столкновение «мифов», оно может быть абсолютно реальным по своей интенсивности и по своим последствиям и поэтому нередко является достаточно разрушительным для работы группы и для профессионального самочувствия ее отдельных членов. Это служит еще одним аргументом в пользу необходимости всей группе принять идею о том, что в обсуждении коммуникации «врач–пациент» и в высказывании связанных с нею идей и переживаний нет позиций, оцениваемых как правильные или неправильные, хорошие или плохие. Они все могут быть в равной степени корректными в зависимости от контекста этой коммуникации.

Балинтовская группа активно и успешно способствует поддержанию профессионального диалога и коллегиального взаимодействия, поскольку относится с искренним уважением к различным профессиональным «конфессиям» и школам и, соответственно, к людям, их представляющим. Следует помнить, что каждая ситуация в медицине и в психологическом консультировании является неповторимой. Она может стать более осознанной, более контролируемой и поэтому более успешно решаемой лишь в рамках определенной референтной социальной системы, определенной согласованно понимаемой теории и общих идей, а также общего языка описания этих ситуаций, в которых становится возможным достижение эмпатии, взаимопонимания и поддержки. Это происходит в балинтовской группе благодаря широте взглядов, выражаемой ее участниками, их понятности друг другу и благодаря тому, что происходит эта беседа с коллегами, которые сами не находились в анализируемой ситуации терапии этого пациента и поэтому могут относиться к ней непредвзято. Для этой групповой работы характерно преобладание и приоритет активного слушания над говорением и поэтому эмоционального содержания, прежде всего описания переживаний и эмоциональных реакций над когнитивным описанием этого содержания. Это определяет сдержанность в сборе новой информации и клинических сведений.

Оценка эффективности конкретной сессии балинтовской группы не измеряется количеством высказанных в ней идей и тем более не определяется неудовлетворенностью того участника группы, который вынес на обсуждение свой случай из практики. «Я так и не понял, что же мне нужно делать в данном случае» – такая фраза, высказываемая им в конце обсуждения в качестве обратной связи, может свидетельствовать:

- либо о недостаточном понимании им сути и характера работы балинтовской группы, в частности о том, что она в принципе не обсуждает решения предложенной истории.
- либо о нарушениях определенных правил технологии работы группы;
- либо о том, что в процессе этой супервизии он пережил во время обсуждения достаточно высокое эмоциональное напряжение, когда фрустрация в процессе своего рассказа оказалась не сбалансированной и компенсированной эмоциональной поддержкой и эмпатией в группе во время последующего обсуждения и анализа. Возможно, в данном случае этому участнику нужна личная терапия, но она будет происходить с ним уже не в этой группе;
- либо о том (и это случается чаще всего), что процесс супервизии был вполне корректно, он точно ориентирован в зону коммуникации и фокус его находил-

ся в области «слепого пятна» участника группы, представлявшего историю из своей практики, но у него возросло сопротивление осознанию своих собственных психических процессов, осложнявших взаимодействие с данным пациентом. Как и в психотерапии, тут сопротивление выполняет хорошо известную защитную функцию, поскольку непосредственной причиной сопротивления является неосознаваемое избегание различных болезненных реакций (тревоги, страха, вины, стыда, гнева и т. д.), связанных с супервизией и с субъективной оценкой последующих возможных изменений в понимании самого себя (даже позитивных). Аналогично тому, как границы эффективности психотерапии во многих случаях определяются не особенностями клинического случая или особенностями пациента, а «границами» самого психотерапевта, эффективность балинтовской супервизии во многом определяется способностью участников группы справляться со своими сопротивлениями в процессе их анализа.

В анализе влияния балинтовской супервизии на профессиональный и личностный рост участников балинтовских групп представляют интерес результаты исследования, проведенного Tom Stockman (2015). В этой работе изучались реакции большой группы молодых врачей – психиатров в Великобритании после установленного необходимого периода их активного участия в балинтовской группе в рамках их последипломного повышения квалификации и направленного на развитие самосознания и тем самым улучшения их коммуникативных навыков во взаимодействии с пациентами, осознание своих эмоциональных реакций на них, снижение уровня своей «профессиональной алекситимии». Участникам этого исследования был предложен опросник, в котором необходимо было выразить степень своего согласия с шестью утверждениями по шкале оценок от 0 до 9 баллов:

1. Группа помогла мне почувствовать себя более уверенным в своей работе.
2. Работа в группе улучшила мои коммуникативные навыки в общении с пациентами.
3. Группа помогла развить в себе целостное понимание пациента и его реакций в процессе взаимодействия с ним.
4. Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии.
5. Группа позволила мне получить поддержку коллег.
6. Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы

Результаты исследования показали, что работа в балинтовской группе, по мнению ее участников, привели к заметным для них позитивным изменениям. Наиболее высокие показатели отмечены в согласии участников этих групп с утверждениями 4 («Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии») (8,4 балла) и 3 («Группа помогла мне развить в себе целостное понимание пациента») (7,8 баллов). Можно также отметить, что эти данные тесно связаны с показателями согласия с другими утверждениями опросника T. Stockman, – «Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы» – 7,0 баллов и «Группа помогла мне улучшить мои коммуникативные навыки в общении с пациентами» – 6,8 баллов.

### **Параллельный процесс в работе балинтовской группы**

Базисным элементом всей концепции работы балинтовской группы, ее краеугольным камнем является представление о параллельности процессов – того, который происходит в кабинете врача во время консультирования пациента, и того, ко-

торый отмечается в группе во время анализа коммуникации в обсуждаемом случае, но также верно и обратное - существование параллели между тем, что наблюдается в групповом процессе, и тем, что происходит во время взаимодействия с пациентом в консультативной практике врача.

Представление о значении параллельного процесса в балинтовской группе основывается на нашем понимании самой природы взаимоотношений в помогающих профессиях и истоков их формирования. Майкл Балинт в своих книгах, в частности, в «Basic Fault» (1968), обращает внимание на такой важный аспект в понимании этого взаимодействия, как ранние стадии детско – материнских взаимоотношений: он называет их смесью взаимопроникающих друг в друга и гармонично взаимосвязанных компонентов. Профессиональные взаимоотношения врач – пациент далеко не всегда являются гармоничными и они не могут быть такими всегда, но взаимное проникновение в эту «смесь» с двух сторон и взаимный вклад в нее неизбежны, поэтому нередко она доходит, по выражению Балинта, до степени хаоса и неразберихи. Он считал, что отклик («эхо») ранних детско – родительских отношений постоянно и неизбежно проникает в профессиональные взаимоотношения врач – пациент. Этот процесс оживляется особенно активно, если пациент обращается с проблемами, вызывающими у него много негативных переживаний, например, тревоги по поводу его потенциально жизнеугрожающего (в его внутренней картине, естественно, не всегда реалистичной) заболевания и связанное с этим ощущение все возрастающей зависимости от врача. Пациент может приносить свои самые разнообразные жалобы, в частности, соматические, нередко выражающие психосоматическую либо невротическую природу его расстройств, возникающих на фоне проблем в своих значимых отношениях, например, семейных (этим можно объяснить тесную связь балинтовской супервизии и психосоматической медицины – подробнее об этом см. ниже). В этих случаях длительно, иногда на протяжении многих лет, существующая короткая дистанция в его взаимоотношениях с врачом, нередко даже переходящая в определенную эмоциональную зависимость от него, превращает его сложные отношения в еще более сложные и запутанные, переживаемые как тягостную неразбериху.

Когда врач приносит свой случай и представляет его в балинтовской группе, сам врач и его пациент, отсутствующий здесь, о котором он рассказывает группе, «появляются» в ней одновременно. Как отмечает по этому поводу М. Gosling (1967), какой бы ни была психологическая дистанция между врачом и пациентом и что бы с ней ни происходило, последний всегда «присутствует» в группе: «Пациент всегда здесь». По мере того, как участники группы выслушивают историю, представленную им свободным образом, эмоциональные переживания и реакции докладчика становятся им более видимыми и поэтому более ясными, но одновременно с этим участники группы лучше осознают и свои собственные «слепые пятна», психологические защиты и вытеснения. Иногда докладчик выражает довольно высокую степень идентификации с пациентом, что не противоречит существующему в нем стремлению в то же самое время отстраниться и дистанцироваться от пациента, поскольку тот ощущается как угроза и источник неприятных и нелегких для врача переживаний, фрустрирующих его, нередко даже воспринимаемых как источник его душевной боли.

Поэтому к важнейшим задачам ведущего можно отнести необходимость вдохновлять, направлять и стимулировать группу в определении и прояснении того, каким образом пациент «влияет» на своего врача, и одновременно с этим определять готовность группы сформировать описание того, в чем отличия этого влияния пациента, связанного с его особенностями, от собственных реакций врача, связанных с его «ис-

каженными» (в мировой балинтовской литературе к этой ситуации даже применяется слово «distorted» – искаженный, с оттенком «несколько извращенный») эмоциональными реакциями и профессиональными мотивами и целями в работе. Другими словами, это вопрос, который неизбежно встает в процессе работы группы, – кто в данном случае говорит, чей это «текст» – врача или пациента? Конечно, в ответе на этот вопрос следует быть достаточно аккуратным в использовании этих, на первый взгляд, четко разграниченных понятий – «врач» и «пациент». Они оба гораздо больше взаимосвязаны и находятся в постоянном взаимопроникновении, чем это может казаться. По образному выражению Andrew Elder (2017), врач и пациент – это понятия, отражающие роли и реакции каждого из участников коммуникации во врачебном кабинете, намного менее монолитные и более «пористые», чем может показаться вначале, поэтому они допускают активное взаимное влияние друг на друга. В процессе этого взаимодействия изменяются оба его участника, даже если они этого не осознают.

По мере того, как развивается обсуждение случая после его представления в группе, различные его аспекты воспринимаются и проявляются или, что вполне возможно и происходит в действительности, подавляются в реакциях разных участников группы в соответствии с их психологическими особенностями, расположением в отношении докладчика, эмоциональным состоянием в данный момент и многими другими факторами. В уже устоявшейся группе ведущий обычно знаком с привычными стилями реагирования и самовыражения различных участников, что помогает ему по реакциям в группе лучше «читать» и чувствовать бессознательные аспекты коммуникации в представленном случае.

Одна из важных функций ведущего – внимательно вслушиваться в то, как группа воспринимает представленный случай и как участники группы взаимодействуют с докладчиком. Это те процессы, которые являются фокусом внимания в работе группы, когда анализ различных сторон и деталей взаимодействия врач – пациент и отношение к ним воспринимается в группе как нечто параллельное, отчасти даже зеркальное отражение, тех реакций, которые наблюдаются сейчас в группе между нею и докладчиком по мере того, как продвигается обсуждение представленной истории. В этом смысле у ведущего может быть сложное положение определенного «расщепления», поскольку ему приходится одновременно наблюдать за происходящими в группе процессами разного уровня, регулировать их, если и когда это бывает нужно, и в то же время быть частью группового «потока».

В этом смысле ведущий, осознающий свою включенность в неизбежные параллельные процессы в группе, должен быть готовым к определенному состоянию «одиночества» в группе и умению выдерживать связанные с ним самим различные варианты напряжения и даже давления группы на него. Это состояние вытекает из его «необычной» (по определению Д.Винникотта, «экстраординарной») функциональной роли в группе и задачи отвечать на различные вызовы, связанные с самой неопределенностью многих аспектов взаимодействия в практике работы врача, что неизбежно находит свое отражение и в практике ее супервизии.

Можно утверждать, что базисная концепция работы балинтовской группы предполагает наличие трех ключевых тесно связанных между собой уровней (или пластов) взаимоотношений в групповом процессе. К ним нужно отнести:

- отношения врач – пациент в той форме, как они представлены группе ее участником;
- взаимоотношения и динамичные реакции, которые возникают между докладчиком и группой по ходу обсуждения представленной истории;

- взаимоотношения между ведущим и групповым процессом. Сюда можно отнести и важную задачу для самого ведущего – умение оставаться в мета-позиции и анализировать коммуникации, складывающиеся в процессе группового обсуждения между докладчиком и группой и требующие отдельного внимания ведущего группы.

Анализ параллельного процесса предполагает сравнение того, что наблюдается в группе в реакциях участников во время обсуждения представленной истории, и того, что происходит в реальной ситуации взаимодействия врач – пациент во время консультирования. Одно из базисных представлений теории балинтовской супервизии заключается в том, что атмосфера групповой работы, включающая в себя и реакции самого ведущего, возвращается обратно в пространство кабинета врача и в его практику взаимодействия с пациентом. Группа в этом случае играет рефлексивную и отражающую роль. Она представляет собою нечто вроде дополнительного «третьего уха» или «третьего глаза» (E.Elder, 2016), предоставленного группой докладчику, который он «уносит» с собою обратно в свой кабинет, продолжая находиться в коммуникации с этим пациентом. Группа предоставляет этому участнику возможность высказаться, быть выслушанным и услышанным, что, к сожалению, в реальной жизни происходит не часто, но одновременно с этим он получает хорошую возможность по-новому услышать и увидеть своего пациента. Это отражает справедливость хорошо известной, но не теряющей значения идеи о том, что «... каждый человек, встреченный вами, знает нечто, чего вы можете не знать или знать не можете» (H.Hall, 2017), отражающее существенное значение групповой аналитической супервизии. Параллельный процесс подчеркивает справедливость этой идеи и в отношении самой группы, делающей пациента более «видимым» для докладчика в процессе презентации и обсуждения его случая, и в отношении того, что врач научается более внимательно слушать своих пациентов, если группа помогает ему научиться лучше слушать самого себя.

«Обратимся к тому, что происходит со мной в группе, – описывает свои размышления о работе ведущего, отмечающего параллельный процесс, John Salinsky (2016). – Я нахожусь в группе и размышляю о том, как вернуть ее на свою траекторию, параллельно думая о том, как это сделать. В принципе, надо вернуть обсуждение к врачу и пациенту в их взаимодействии. И пока мы все что-то высказываем, включая меня, я продолжаю слушать какой-то другой частью моего мозга и следить за процессом обсуждения в группе.

Прежде всего – пациент. То, что я слышу в группе, означает, что на его запросы и ожидания от взаимодействия с врачом обращают мало внимания, ими просто пренебрегают, их игнорируют. Тогда я прошу группу попробовать побыть в его положении и «походить в его башмаках». Это нечто вроде небольшого путешествия в чужую жизнь, которое начинается вполне приятно, но может завершаться серьезным дискомфортом. Что бы они тогда чувствовали и как бы им это представлялось? Что делает этот пациент, создавая необычно дискомфортное переживание своему обычно успешному, собранному и уверенному в себе врачу?

Я напоминаю группе, что если врач чувствует себя огорченным, подавленным, беспомощным или даже переживающим какое-то мучение, вполне вероятно, что и пациент может переживать если не то же самое, то весьма похожие нелегкие для него чувства. И это могут быть переживания, от которых пациенту очень хотелось бы избавиться и освободиться. Поэтому он как-бы вручает их своему доктору, который дальше передает эти эмоции группе, уже считая их своими».

Такая ситуация складывается в профессиональном взаимодействии довольно часто. И этот процесс затрудняет понимание истинных целей прихода пациента и его ожиданий от коммуникации с врачом. Врачу в таких ситуациях может казаться, что это и есть одна из целей пациента, – заставить врача чувствовать себя «плохо», может быть, даже просто ужасно, чтобы тем самым освободиться от своих собственных нелегких переживаний и почувствовать себя лучше. Нередко случается и так, что самому пациенту приходится выражать эмпатию и сочувствие своему врачу, чтобы тому стало легче и их коммуникация от этого стала спокойнее для них обоих. Поэтому так важно, чтобы у врача были развиты способность и умение контейнировать свой эмоциональный дискомфорт, связанный с любыми переживаниями в коммуникации, какими бы они ни были, без неосознаваемого стремления «наказывать» пациента, возлагать на него ответственность за свои эмоциональные реакции и брать у него своеобразный реванш за свои собственные переживания.

Вероятно, будет целесообразно рассматривать балинтовскую группу как старт и завершение (и новый старт) в процессе работы с пациентом, как своеобразный кругооборот в параллельном процессе и том, как группа находит свое место во внутреннем пространстве врача, представляющего ей свою историю.

Майкл Балинт (1957) в развитие этого представления отмечал важную роль ведущего группы: «Возможно, самым важным фактором здесь... являются действия ведущего, если он находит верный способ реагирования и самовыражения просто своим собственным примером, который поможет группе понять что-то важное скорее, чем предложенное ей поучительное описание сочетания каких-либо других факторов». Изначально заложенное в балинтовской технологии предписание «не учить» легко устанавливать, хотя не всегда удается исполнять. Нарушение этого правила ведет к тому, что группа постепенно скатывается в пространство отношений учитель – ученики и апостольской миссии ведущего. Конструктивное понимание параллельного процесса в группе будет при этом, естественно, утрачено и многие авторы, анализирующие работу балинтовских групп и обладающие большим собственным практическим опытом ведущих, считают, что избежать этого сложнее, чем может показаться вначале. Анализируя различные аспекты параллельного процесса в такой группе, следует помнить, что ведущий постоянно влияет на нее своими реакциями. Поэтому его философия заключается в четкой формуле: «Мы не можем никого ничему учить в группе, но все, что мы делаем, и все, что в ней происходит, всех нас чему-то так или иначе научает, даже если это происходит незаметно». Для самого Балинта группа и те процессы, которые в ней развивались, были, в частности, хорошей школой в развитии умений более «качественного» и продуктивного слушания, отмечаемого как возможная проблема во всех отношениях, анализируемых в рамках параллельного процесса: «... В конце концов, техника работы ведущего, которую мы отстаиваем, базируется на таком же искусстве слушания, которого мы ожидаем от врача в его практике работы с пациентом, в его умении освоить и использовать такой же навык» (M.Balint, 1957).

Акцент, который подчеркивал Балинт в анализе своей идеи о том, что ведущий не может становиться «учителем» в группе, основывается на его представлении, что ее участники должны чувствовать поддержку в развитии путей самостоятельного мышления, не «сокращая» их в процессе взаимодействия в группе в рамках параллельного процесса. Естественно, для них необходимо ощущение свободы в представлении в группе своих чувств, фантазий, гипотез, связанных с обсуждаемым случаем, без опасения получить упреки в их иррациональности с последующей критикой, все же

необходимо в процессе этого обсуждения группе сохранять определенное виртуальное «присутствие» во врачебном кабинете во время консультации этого пациента, чтобы идеи и реакции в группе можно было тестировать на реальность. Ведущий группы постоянно помнит, что параллельный процесс возникает неизбежно, но для его понимания всегда необходимо реалистичное отношение к описанию и анализу обсуждаемой истории взаимодействия с этим пациентом, а в группе есть только один человек, действительно взаимодействовавший с ним. Поэтому Балинт и его коллеги приветствовали и активно поддерживали такой успешно работающий прием в технологии балинтовской группы, как follow – up, подразумевающий «новое обсуждение результатов предыдущего обсуждения» с новым уровнем его понимания и анализа, с рефлексией самого процесса обсуждения в группе, его параллельного характера и всплывающих в нем ранее «невидимых миру слез» психических защит и сопротивлений и докладчика, и самой группы.

Анализируя параллельный процесс в группе и его соответствие базисным концепциям балинтовской супервизии, следует отметить и то, что такой широко распространенный технологический прием в ее ведении, как “pushback” (выдвижение за круг – эта технология работы группы подробно рассматривается ниже в отдельной главе), может выражаться в пространстве параллельного процесса между коммуникацией врач – пациент и групповой атмосферой негативным образом, поскольку прерывает его. Выдвигая за круг докладчика (символически удаляя его), мы вместе с ним удаляем и пациента, который становится «невидимым» для группы. Тем самым она может перестать слышать его речь и отмечать в себе его реакции. Может также возникать и определенная угроза того, что группа, начинающая активно и даже вдохновенно высказывать свои фантазии и представления по поводу коммуникации с пациентом в «отсутствие» докладчика, находящегося за кругом, в определенном смысле теряет контакт с различными аспектами реальности в обсуждаемом случае. Однако эти неблагоприятные эффекты могут исчезнуть, если докладчик во всех смыслах возвращается в круг, имея достаточно времени для дополнения групповой дискуссии до того, как она завершится, поскольку она имеет определенный лимит времени и границы.

В анализе параллельного процесса в группе стоит отметить, что Майкл и Энид Балинты в своих совместных работах подчеркивали необходимость фокусироваться в групповом анализе на актуальных, реально существующих аспектах работы врача, представляющего свой случай, и что целью этого обсуждения в любом случае должна быть польза для пациента. Именно он в итоге должен быть в выигрыше от этой работы, выполняемой в группе в рамках параллельного процесса. Использование “pushback” предполагает необходимость дополнительного внимания ведущего к возможным осложнениям в групповом процессе, в частности, за счет того, что может нарушаться групповая динамика вследствие влияния на нее индивидуальных особенностей и самого докладчика, и представленного им случая, и того, как группа понимает и переживает его контекст. Поэтому ведущие, понимающие значение параллельного процесса как одного из фокусов своего внимания, достаточно точно понимают, почему они в каждом случае выбирают именно такую технологию работы группы. Это опять приводит нас к представлению о том, что обсуждать эти вопросы можно, только имея достаточно ясную для себя концептуальную теорию, в рамках которой мы структурируем работу группы.

### **«Обязательные» балинтовские группы – дискуссия о целесообразности и пользе**

В дискуссиях последних десятилетий, посвященной анализу работы балинтовских групп в ряде зарубежных стран, в которых уже накоплен достаточно большой многолетний опыт этой работы и в которых изучаются возможности и целесообразность законодательного регулирования участия специалистов «помогающих» профессий в балинтовских группах, активно обсуждается вопрос о том, является ли целесообразным такое обязательное участие в них и насколько оно может быть полезным. Стоит вспомнить, что сам Майкл Балинт, будучи уверенным в пользе этих групп для профессионального развития врачей и психологов-консультантов, рекомендовал ограничиваться приглашением их к участию в этой супервизионной работе одновременно с разъяснением ее целесообразности и пользы. Он отмечал, что недирективность, открытость, доверие и эмпатия, возможность свободно обмениваться мыслями и чувствами и свободно обсуждать сложные аспекты во взаимодействии врачей со своими пациентами/клиентами, служащие основой работы балинтовских групп, не могут быть навязаны и продиктованы как обязательный элемент развития в профессии врачей или психологов или как формально обязательный этап их лицензирования и допуска к медицинской практике.

Представление о целесообразности балинтовской супервизии, но не достигающей степени ее обязательности, разделяют российские авторы, в частности, С.М. Бабин и соавт. (2017). Они отмечают, что при условии работы психотерапевтов или психологов в одном учреждении более предпочтительны балинтовские группы, чем другие формы профессиональной супервизии. При этом важно учитывать необходимость того, чтобы ведущий таких групп не был связан с другими участниками формальными иерархически выстроенными служебными отношениями, например не был их руководителем, или чтобы в группе не находился участник, являющийся прямым начальником другим участникам. Это, с одной стороны, дает участникам группы большую степень внутренней свободы и открытости, соответственно, и ощущения безопасности в процессе представления своих случаев в группе, а с другой стороны, защищает ведущего от «клишированных» защитных интерпретаций, обусловленных повседневным общением участников группы в своей работе и сложившимся у них мнением о том или ином участнике профессионального коллектива, а также искажений, обусловленных собственными отношениями и контрпереносными реакциями ведущего группы по отношению к другим участникам.

В последние годы по инициативе Международной Балинтовской Федерации в ряде стран проводится активное обсуждение целесообразности и возможности правового регулирования работы балинтовских групп, в частности, обязательного периода участия в них специалистов помогающих профессий, работающих в сферах медицинской и социальной помощи и образования. При этом обсуждаются вопросы, какие именно специалисты должны определенное время работать в этих группах и в течение какого периода после получения своего диплома.

Мы провели исследование того, какое правовое регулирование работы балинтовских групп существует в странах с богатой балинтовской историей. Что же предлагает сегодня мировой опыт?

С 1987 года в Германии практикуется так называемая базовая психосоматическая подготовка всех врачей, государственная программа которой включает в себя их обязательное участие в не менее, чем 15 сессиях балинтовских групп, необходимое для дальнейшего получения лицензии на врачебную практику. Естественно, Германское балинтовское общество, являющееся сегодня одним из наиболее активных в

международном сообществе, имеет хорошо структурированную и качественно работающую систему методической подготовки и супервизии ведущих. Оно насчитывает в своих рядах 850 членов и имеет для выполнения своих задач достаточно большое количество балинтовских групп. Вместе с тем ряд специалистов в Германии скептически относится к целесообразности и полезности соблюдения правила обязательности участия молодых врачей, проходящих курс последипломного образования по психосоматической медицине. Этот скепсис во многом базируется на том, что участники таких «обязательных», «недобровольных» групп зачастую не чувствуют себя в них достаточно свободно и вынуждены сдерживать свои ассоциации и эмоциональные реакции во время проходящих групповых дискуссий. Высказывается также мнение (Н. Otten, 2016) о том, что в таких группах одной из доминирующих реакций может быть сопротивление процессу супервизии, что в них может развиваться непродуктивная групповая динамика и нередко формируется негативное отношение к ведущему (как к Родительской и авторитарной фигуре) и стремление конкурировать с ним. Norbert Guenzel, психотерапевт с более чем 30-летним опытом ведения балинтовских групп врачей различных специальностей в Германии, на вопрос о целесообразности обязательного участия в балинтовских группах отмечает (персональная коммуникация – 2016), что эта идея вызывает у него, как у ведущего, противоречивые чувства. С одной стороны, они определяются тем, что у многих участников возникает дискомфорт вследствие недостаточного интереса к собственно самой супервизии и пониманию ограничения во времени их обязательного присутствия в группе (в течение 15 сессий). Однако, его опыт показывает, что многие из этих участников впоследствии остаются в своих группах на долгие годы, отмечая у себя все возрастающее положительное влияние балинтовской супервизии на эффективность и качество своей практики и на свое «самочувствие» в ней. Эти врачи тем самым реализуют свою заинтересованность в продолжении своей работы в группе.

Опыт и анализ работы «обязательных» балинтовских групп в Германии показывает, что после 15 сессий работы в них многие участники отмечают, что они высоко оценили возможность поделиться в эмпатийной, безоценочной и безопасной атмосфере своими переживаниями по поводу сложностей в коммуникации с «трудными» пациентами и увидели, что у других участников группы возникают похожие проблемы в практике. Они увидели, что различные точки зрения, высказанные в процессе групповых дискуссий, оказались для них очень полезными, они во многом гораздо лучше осознали свои собственные переживания в работе с пациентами. Они получили ощутимую профессиональную поддержку в группе и испытали облегчение от понимания, что они не одиноки в своих сложностях, связанных с работой, и приобрели в ней больше уверенности. Они научились лучше понимать своих пациентов, лучше взаимодействовать с ними и поэтому теперь получают больше удовлетворения от своей работы.

Опыт работы этих групп в Германии показал также, что после 15 «обязательных» сессий, проведенных вместе, многие (естественно, не все) участники этих балинтовских групп не захотели расставаться, продолжали в них совместную работу, иногда на протяжении многих лет, и продолжали при этом делиться своим опытом, приобретать новый и оказывать друг другу поддержку в процессе балинтовской супервизии. Другие участники этой программы после завершения обязательного курса прекратили свою работу в регулярных и постоянно действующих балинтовских группах, но продолжали активно участвовать в эпизодических балинтовских семинарах «выходных дней», проводимых Германским балинтовским обществом по опре-

деленному графику по всей стране до 15 раз в год, при этом постоянно упоминая о пользе, получаемой от присутствия и участия в этих семинарах. Остается добавить, что участники этих балинтовских семинаров сами оплачивают свое участие в них, что только подчеркивает, насколько высоко они ценят эффект, получаемый ими в процессе этой работы, уже давно переставшей быть для многих из них формально обязательной, но внутренне по-прежнему ощущаемой как целесообразной, необходимой и полезной.

Анализ успешной работы «обязательных» балинтовских групп показывает, что в ее основе лежит корректная и четкая технология ведения группы, залогом которой является хорошо подготовленный и квалифицированный ведущий. Различными исследованиями показано (об этом пишет ряд авторов, в частности, Guido Flatten, 2016), что участники «обязательных» балинтовских групп ощущают и описывают само присутствие и стиль действий ведущего группы как наиболее важное и значимое звено в работе группы. Именно от ведущего зависит, будет ли чувствовать себя в безопасности участник группы, представляющий свой случай из практики, будет ли он чувствовать себя в состоянии высказываться достаточно открыто и свободно, сможет ли он в силу преобладающего у него в этот момент эмоционального напряжения услышать, открыть для себя и принять новые стороны своего взаимодействия с пациентом в представленном клиническом случае. От ведущего зависит и то, как себя будет чувствовать при этом вся группа в целом, насколько продуктивно для целей аналитической балинтовской супервизии будет развиваться групповая динамика и насколько вообще группа будет работоспособна в достижении своих целей не только в анализе взаимодействия с пациентами, особенно заключенных в нем неосознаваемых процессов, психологических защит, контр-переносов и т.д., но и эмоциональной поддержки ее участников, поскольку нередко достаточно фрустрирующим для врачей является не только сама по себе коммуникация с «трудным» пациентом, но и ее обсуждение и анализ в группе.

В Великобритании правого регулирования работы балинтовских групп нет и они в систему последипломной подготовки и усовершенствования медицинских работников не включены. Участие в балинтовских группах здесь всегда считалось добровольным, но при этом на протяжении многих лет балинтовская супервизия входит в учебные программы медицинских факультетов университетов как для студентов, так и в программы курсов последипломной подготовки врачей – специалистов. Это относится к праву университетов самим определять содержание и структуру своих учебных программ. Участие в работе балинтовских групп в Великобритании не влияет на получение врачебной лицензии или на результаты квалификационных экзаменов. Единственным исключением из этой практики является положение, установленное Королевским колледжем психиатров: для этих врачей участие в работе балинтовских групп является обязательным в пределах программы их последипломной специализации и поэтому в Великобритании невозможно стать психиатром, не проходя балинтовскую супервизию в течение установленного времени (полтора года). После этого участие в балинтовской группе для врачей – психиатров, получивших лицензию, становится добровольным

В Польше в настоящее время балинтовская супервизия введена в систему последипломного усовершенствования врачей-психотерапевтов как ее обязательный (по их собственной терминологии – «принудительный») элемент и рассматривается как рекомендуемая, допустимая, приемлемая и даже приоритетная альтернатива другим формам обучения с целью развития у врачей коммуникативных навыков и про-

фессиональной компетентности. Для врачей других специальностей балинтовские группы в системе дополнительного профессионального образования обязательными не являются, но университеты активно содействуют добровольному участию молодых врачей и психологов-консультантов, а также студентов этих специальностей в балинтовских группах. Этому процессу способствует и активная деятельность польского балинтовского общества, тесно взаимодействующего с национальной психосоматической ассоциацией и обществами психиатров и психотерапевтов.

В США, Бельгии и Швеции участие в балинтовских группах для врачей совершенно добровольное, оно не входит в программы обучения на всех этапах профессионального образования (включая последипломное и специализацию как дополнительное высшее) и получение лицензии на право врачебной практики с ним не связано, но очень приветствуется и поощряется органами здравоохранения и медицинскими ассоциациями. Однако в Швеции в настоящее время активно обсуждается предложение ввести в программы обучения студентов занятия в формате балинтовских групп, на которых участники изучают различные аспекты коммуникации врач-пациент и которые в течение полугода – года проводятся не просто достаточно интенсивно, но и становятся обязательными. После этого участие в таких группах становится добровольным и опыт показывает, что таких участников, заинтересованных в развитии своей коммуникативной компетентности и профессиональном росте, достаточно много. После получения врачебной лицензии и начала практики врачи-специалисты, участвующие в балинтовских группах, получают по 1 баллу за час такой работы, что учитывается в процессе их обязательного (и неизбежного) непрерывного профессионального образования. Многие специалисты в Швеции и других странах считают, что добровольность балинтовских групп следует приветствовать и поддерживать, поскольку это привлекает в них только хорошо мотивированных и достаточно осознанных в своих профессиональных потребностях участников, испытывающих интерес и готовность к тому, чтобы слушать своих коллег, делиться с ними своим опытом, идеями и чувствами и учиться друг у друга.

В Швеции в последние годы сложилась интересная в этом отношении традиция – презентация балинтовских групп на ежегодных собраниях национальной медицинской ассоциации и проведение однодневных балинтовских конференций для врачей. Это настолько способствует популяризации балинтовских групп, что, по оценкам Шведского балинтовского общества, до 80% врачей на собственном опыте участия в этих группах хорошо знакомы с такой формой супервизии и мотивированы на участие в ней иногда на протяжении многих лет (H. Jablonsky, 2016). Участие врачей в этих группах приветствуется и настолько активно поддерживается местными органами здравоохранения или администрацией медицинских учреждений, как государственных, так и частных, что они оплачивают врачам такую форму супервизии и тесно связанного с ней профессионального развития, отмечая, как позитивно влияют балинтовские группы на эффективность работы с «трудными» пациентами. Эта эффективность возрастает вследствие улучшения коммуникации врачей с ними и благоприятного влияния балинтовских групп на профессиональное самочувствие самих врачей, тем самым предупреждая у них синдром профессионального выгорания.

# КОУЧИНГ И СУПЕРВИЗИЯ КОУЧЕЙ В РОССИИ

*Королихин А.В.*

## Супервизия по стандартам Ассоциации русскоязычных коучей

В статье специфика супервизии коучей рассмотрена с методологической и системных точек зрения. Ключевой фокус – воздействие супервизора на различные системы при оказании услуги: прямо на систему супервизанта/коуча и косвенно на системы супервизии, коучинга и глобального контекста.

Смещение формата результата на повышение качества услуги коучинга у конкретного супервизанта фокусирует методологию супервизии коучей с процесса (профессиональное развитие) на результат. Каждая супервизия служит повышению качества коучинга в целом.

Таким образом, воздействие супервизии кроме прямого влияния на конкретного супервизанта оказывает влияние на рынок коучинга, профессию коуча и их восприятие клиентами и обществом в целом.

Опираясь на принципы и стандарты супервизии коучей в Ассоциации русскоязычных коучей (АРК) автор описывает особенности коучинговой супервизии.

### **1. Определение супервизии коучей по стандартам АРК**

**Супервизия** – процедура профессиональной гигиены в интересах клиентов коуча, которую создают во взаимодействии супервизор и супервизант. Она служит повышению качества услуги благодаря профессиональному развитию коуча.

По форме может напоминать коучинг, если супервизант достигает цель супервизии за счет роста осознанности в проработке своего запроса. В противном случае, в отличие от коучинга, супервизор может действовать с возрастающим уровнем экспертности вплоть до высокого уровня директивности в интересах супервизанта, т.к. супервизор обеспечивает результат супервизии по принципу «Здесь и Сейчас».

Коуч участвует в супервизии в особой роли – супервизанта, которая обладает особой системной восприимчивостью для развития сильных сторон, выявления зон развития и выполнения рекомендаций супервизора.

### **2. Системная роль супервизии коучей**

С точки зрения системы роль супервизии на уровне коуча/супервизанта - повышение качества услуги для конкретного клиента коучинга, которое происходит благодаря супервизии и проработке сложности в практике коуча, возникшей впервые или в первый раз именно с этим клиентом. Оптимально, когда во время реализации контракта коучинга супервизия проводится несколько раз либо по необходимости, либо профилактически, в том числе.

С точки зрения профессии коуча роль супервизии заключается в исключении впервые появившейся сложности/ошибки в действиях коуча с конкретным клиентом пока это не стало воспроизводиться при оказании услуг другим клиентам коучинга. В случае участия коучей в качестве наблюдателей в групповой супервизии у них есть

возможность на материале другого супервизанта изучить сложность в практике конкретного коуча с реальным клиентом и сформировать порядок действий для предотвращения подобной ошибки в своей собственной практике коуча превентивно.

Системное влияние супервизии коучей на рынок коучинга заключается в формировании позитивного восприятия деятельности коучей и восприятия профессии, в которой стандартом является прохождение супервизии не для профессионального самоудовлетворения, а в интересах клиентов, профессии и рынка. Коучи, которые не проходят супервизию не только подвергают своих клиентов неоправданному риску, но и негативно влияют на развитие своей практики коуча, восприятие профессии и развитие цивилизованного рынка коучинга в Российской Федерации.

Петля негативной обратной связи при возникновении непроработанных сложностей в практике коуча приводит к таким плачевным результатам как сокращение объёма практики и количества клиентов, к «случайным коучинговым связям», когда после первой сессии клиенты пропадают, не получив результат и разуверившись в методологии коучинга из-за своего первого опыта взаимодействия с непроработанным коучем, пренебрегающим возможностью повысить качество своих услуг благодаря супервизии.

Происходит это за счет серийного воспроизводства неосознаваемых паттернов и системных ошибок в работе коуча, которые вовремя не были выявлены и проработаны. В случае, если этот коуч обучает других коучей, то свои ошибки и низкую степень профессиональной гигиены он(а) распространяет среди своих коллег/учеников. А это наносит мультиплицированный эффект для профессии и рынка коучинга. Не говоря уже про отсутствие или недостаток супервизии в учебном процессе подготовки коучей и замену её интервизией, которая супервизии не заменяет, а является подменой.

При системном и достаточном использовании супервизии в развитии практики коуча работает петля позитивной обратной связи, благодаря повышению качества услуг, профессиональному развитию и вкладу в профессию довольные клиенты рекомендуют коуча и практика его растёт самым оптимальным образом за счёт гарантированной воспроизводимости методологии коучинга в исполнении конкретного коуча.

В противном случае коучу приходится вкладываться в рекламу некачественной услуги, что вводит клиентов в заблуждение и «насилует» систему коучинга в связке «Коуч – Профессия – Рынок». Коуч вкладывает средства и усилия в продвижение, а не в качество услуг, запуская энергию в сервисную по отношению к рынку коучинга систему рекламы, т.е. деньги из оборота коучинга при этом уходят.

Реклама и продвижение имеют смысл для развития практики коуча только в случае предоставления качественной услуги. В противном случае они вредят и рынку продвижения и рекламы, т.к. их результативность тоже страдает и влияет на репутацию специалистов по продвижению, запуская таким образом эффект мультипликатора.

Коуч при этом становится специалистом по продвижению себя, копирайтером и пр. в модели инфобизнеса вместо фокуса на повышение качества своей услуги, профессиональное развитие и гигиену благодаря супервизии.

В качестве вывода, к сожалению, можно констатировать, что коучей в России много – коучинга мало. В метафоре техосмотра автомобилей коучи подвергают своих клиентов и коллег неоправданному риску, т.к. коучи как коллеги несут субсидиарную/общую ответственность перед существующими и будущими клиентами, позитивному восприятию профессии коуча и делают/не делают свой вклад в развитие цивилизованного рынка коучинга в России.

### **3. Цель, задачи и результат супервизии**

Можно ли ездить на машине, которая не прошла технический осмотр? Конечно можно. Только надо быть готовым к тому, что автомобиль заглохнет по дороге на важную встречу. И это - меньшее из зол, которое поджидает вас при езде на заведомо неисправном транспорте. Не говоря уже об опасности, которую вы представляете для остальных участников движения.

Если перенести эту метафору на профессию коуча, то «выгоревший» коуч «опасен» для всех участников «движения», так как он:

- Снижает качество своих услуг (или не способен вовсе обеспечить это качество)
- Накапливает систематические ошибки в практике
- Формирует негативное восприятие профессии коуча и методологии коучинга

Супервизия - взаимодействие систем супервизора, коуча и клиента для развития системы большего порядка. А именно рынка коучинга. Коуч, проходя супервизию, не просто занят своим профессиональным развитием - не цель супервизии, а лишь средство для повышения качества услуги коучинга в одном контракте. Регулярно участвуя в супервизии, коуч делает свой вклад в развитие профессии и цивилизованного рынка коучинга.

Супервизия обеспечивает:

- Повышение качества услуг
- Постоянное профессиональное развитие коуча и его практики
- Возможность выбирать клиентов и проекты
- Возможность обоснованно повышать стоимость услуг

### **4. Виды, формы и форматы проведения супервизии**

В Ассоциации русскоязычных коучей существует три вида супервизии: по кейсу, запросу и по компетенциям, проявленным в демо-сессии коучинга.

**4.1. Супервизия по кейсу.** Посвящена конкретному решению для ситуации из практики коуча. Пример: клиент проявил сопротивление или не смог сформулировать запрос на сессию или цикл сессий. Супервизант ищет решение именно для этой ситуации. Цель: не допустить ее повторения в этом контракте коучинга и в его дальнейшей практике с другими клиентами.

**4.2. Супервизия по запросу.** Супервизант представляет вовремя не разобранную ситуацию, которая воспроизводится в работе уже с разными клиентами. А также, иногда, неосознаваемый паттерн, который вовремя не был выявлен на супервизии. Существуют, правда, ситуации, когда заявленные паттерны находятся не совсем в «юрисдикции» супервизора. А, скорее, в зоне работ специалистов с приставкой «Пси». Тогда, если у супервизора нет соответствующих компетенций он обязан перенаправить супервизанта к проверенному специалисту, имеющему необходимую специализацию.

**4.3. Супервизия по компетенциям.** Оптимальный вид супервизии для начинающих коучей и специалистов с перерывом в практике. А также для тех, чьи наблюдения подсказывают, что какая-то из компетенций коуча проявляется в практике недостаточно. Супервизия по компетенциям представляет собой наблюдение супервизора за проведением демо-сессии коучинга с последующей обратной связью супервизанту.

## **Формы супервизии коучей**

Основными формами супервизии являются индивидуальная и групповая. Разновидность групповой – командная, в случае работы с командой коучей. Супервизия коуча может быть индивидуальной, но проходить в группе с «аквариумом», т.е. без права участников включаться в процесс, а быть только наблюдателями.

## **Форматы супервизии**

Очный и дистанционный форматы в супервизии коучей имеют свои преимущества. Очный дает больше возможности наблюдать телесные проявления и чувствовать атмосферу процесса.

Дистанционный формат дает возможность участия коучей не только из разных городов и стран, а делает участие более доступным даже для жителей мегаполисов.

В случае дистанционного формата особое внимание супервизору и супервизанту необходимо уделить бесперебойному качеству интернет-сигнала. Это прописано в компетенциях коуча и супервизора АРК.

## **5. Как проходит супервизия?**

По структуре супервизия похожа на развивающий диалог. Он происходит между супервизором (более опытный коллега) и супервизантом (исследует свою ситуацию с разных точек зрения). В роли супервизанта в данном случае находится коуч, которому по процедуре полезно и важно воспринимать себя из мета-позиции. Если образно – «воспарить» и посмотреть на процесс со стороны. Представлять себя коучем в исследуемом коучинговом взаимодействии с клиентом, чтобы осознать качество своих интервенций.

Супервизию можно представить как двухслойную голограмму. Первый слой - коучинг, второй - супервизия. Коуч в системе коучинга вместе с супервизантом в системе супервизии обеспечивает взаимодействие этих систем или слоев голограммы.

Супервизант - состояние особой восприимчивости коуча из системы супервизии своих действий в системе коучинга. Супервизионное взаимодействие лишь косвенно воздействует и влияет на систему коучинга в виде конкретного запроса на супервизию. Она помогает коучу исследовать свои интервенции в отношении конкретно клиента, качество коучингового взаимодействия и коуч-позиции.

## **6. Свойства супервизора коучей**

- 6.1. Гибкость.** Супервизору обязательно быстро и гибко переключаться между практикой и теорией, системными контекстами и фокусами внимания (модальностями).
- 6.2. Широта взглядов.** Супервизор видит ситуацию многогранно и способен оценить ее с разных точек зрения благодаря навыку многофакторного наблюдения.
- 6.3. Профессионализм.** Супервизор ролевая модель для супервизанта. Клиентский опыт и достаточная практика коуча - не пожелание, а обязательное условие. Специальная подготовка супервизору обязательна, т.к. супервизия - не коучинг коучей, а отдельная специализация.
- 6.4. Непредвзятость.** Супервизор умеет работать с представителями разных культур и обладает базовым пониманием специфики менталитетов. В продолжении коуч-позиции в коучинге в своей системе супервизии также важна нейтральность.

- 6.5. Стрессоустойчивость.** Супервизор должен уметь управлять ресурсным состоянием. И не только собственным, но и супервизируемого коуча. Супервизор толерантен и эмоционально-устойчив.
- 6.6. Быстрая обучаемость.** Открытость к обучению в процессе супервизии и за ее пределами. А также постоянному профессиональному развитию.
- 6.7. Системная чувствительность.** Супервизору важно системно чувствовать и улавливать контексты, которые влияют на коуча и процесс супервизии. Вести профилактику своего профессионального и эмоционального выгорания.
- 6.8. Лояльность.** Профессиональное смирение - не влиять без необходимости, отказ от давления на супервизируемого коуча.
- 6.9. Юмор, скромность и терпение.** Юмор добавляет легкости во взаимодействие и в качество контакта. Кроме этого, благодаря скромности и терпению супервизор предоставляет возможность супервизанту и группе не только «разместиться» в специально созданном пространстве супервизии, а ещё уместным образом проявиться в супервизии.

## 7. Средства супервизии коучей

К средствам супервизии относятся методология, модели, инструменты, компетенции коуча АРК и маркеры их проявленности. Также мета-супервизия обеспечивает профессиональное развитие супервизоров коучей и контроль качества их услуг в интересах клиентов и систем большего порядка: профессии и рынка коучинга.

**Мета-супервизия: что это и зачем?** Помимо двух основных слоев многомодальной модели супервизии: коучинга и супервизии, для супервизоров есть третий слой мета-супервизии. Или супервизии супервизии.

Фокусы внимания мета-супервизии:

- Супервизор в роли супервизанта
- Мета-супервизионное взаимодействие
- Интервенции мета-супервизора в отношении супервизора/супервизанта
- Мета-супервизор
- Система мета-супервизии

Роль мета-супервизора - наблюдать или работать с запросом на основе предоставленной информации (видео, аудио, протокол супервизии и т.д.). В отличие от супервизора он непосредственно работает с двумя системами (коучинг и супервизия) и является частью третьей. В его управлении 14 фокусов внимания.

С чем работает мета-супервизор кроме модальностей третьей системы мета-супервизии? Мета-супервизор удерживает в фокусе внимания все 14 модальностей, включая себя.

По стандартам Ассоциации русскоязычных коучей на публичной супервизии обязательно присутствует мета-супервизор в роли наблюдателя. Он не вмешивается в процесс, но после его окончания обязательно дает обратную связь супервизору.

Это - гарантия безопасности процесса супервизии для супервизанта/коуча. В теории мета-супервизор может вмешаться в процесс. Однако, таких прецедентов в практике открытых супервизий пока не было. Кроме того, практика супервизора подразумевает постоянную мета-супервизию и ежегодное повышение квалификации для подтверждения статуса супервизор АРК раз в три года.

Повышение квалификации супервизора основано на чётких требованиях:

- 10 супервизий в год по практике коуча супервизора
- 16 часов повышения квалификации в год
- не менее 30 проведённых супервизий в год.

## **8. Компетенции коуча АРК и маркеры для супервизии**

Десять компетенций коуча АРК коррелируют с компетенциями международных профессиональных объединений коучей. Формулировки компетенций проработаны экспертами Комитета по развитию методологии русскоязычного коучинга и Комитета супервизии в Ассоциации русскоязычных коучей.

В течение нескольких лет группа экспертов этих Комитетов разрабатывала маркеры проявления компетенций в супервизии, а также компетенции супервизоров коучей по стандартам АРК.

Основной компетенцией, определяющей качество коучинга, является четвертая – «Коучинговое взаимодействие» или коуч-позиция, т.е. ресурсное состояние коуча. Супервизоры АРК обращают внимание на качество подготовки и проведения интервенций, уровень контакта (раппорта), отсутствия влияния коуча на клиента (директивность), присоединение к клиенту через «Мы», перебивание клиента коучем и пр.

## **9. Что происходит на супервизии с супервизантом**

Наблюдение за всеми проявлениями супервизанта даёт богатейший материал. Как он сидит, куда смотрит, как говорит и дышит. В каждой фразе – миллион деталей. Любые изменения несут информацию: интонация, смена позы и прочее. Однако, без специальной подготовки невозможно в моменте проанализировать и заметить все эти изменения. А тем более зафиксировать.

Во время супервизии коуч в роли супервизанта получает возможность посмотреть на ситуацию со стороны. Включить режим перемотки или стоп-кадра и проанализировать все детали. Например, в видеозаписи коуч-сессии с детальным разбором супервизора за счет анализа фактов, на которые опирается коуч в своей работе, возможно выявить неосознанные паттерны не только коуча, а и его клиента, незамеченные на коуч-сессии.

На этом этапе супервизант исследует особенности своего восприятия: что же попадает в поле его зрения, а что чаще остается за рамками. Супервизор же обращает внимание на супервизанта на все аспекты в многомерности наблюдения и анализирует разницу реакций в моменте сессии и коуча в роли супервизанта, когда он интерпретирует факты, незамеченные им в моменте на коуч-сессии и сразу после неё.

Интерпретации всегда скрывают многообразие позиций и мнений. Через их анализ можно заметить:

- Фильтры восприятия коуча
- Его проекции, переносы и контрпереносы
- Выявить зоны развития.

Результатами супервизии в таком контексте станут:

- Идеи для следующей сессии с клиентом
- Задачи для развития внимательности
- Фокусы внимания для исследования своих интерпретаций (индивидуально, с коучем, с терапевтом)

- Работа над зонами развития коуча
- Корректировка индивидуального плана развития коуча
- Прогнозирование динамики взаимодействия с данным клиентом

## 10. Многомодальная модель супервизии коучей

Основа подготовки супервизоров - системный подход и навык многофакторного наблюдения супервизора. Все это базируется именно на многомодальной модели супервизии, без которой голографичность связи систем коучинга и супервизии сложно воспринимать без введения ещё двух модальностей: для управления фокусом внимания супервизора и маркировки при системной подготовке.

Супервизор обладает навыком постоянно удерживать в фокусе своего внимания все модальности, но в процессе супервизии супервизор проводит интервенцию в отношении только одной модальности в один момент. Такой подход обеспечивает результат «здесь и сейчас».

Система коучинга состоит из модальностей клиента, интервенции коуча, коучингового взаимодействия и коуча.

Система супервизии же отражает первичную систему коучинга, повторяя ее модальности с другими ролями: коуч/супервизант, супервизионное взаимодействие, супервизор и интервенции супервизора.

### Многомодальная модель супервизии коучей

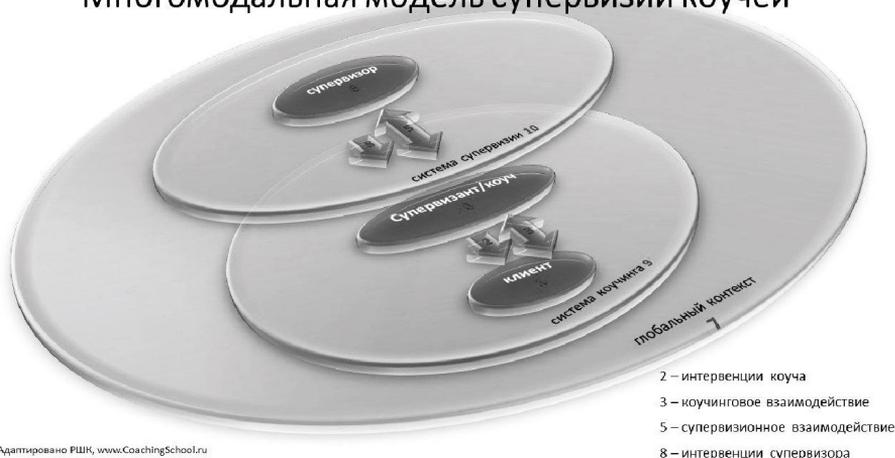


Рисунок 2. Многомодальная модель супервизии коучей. Автор П. Хоукинс.

Модальность коуч/супервизант объединяет системы коучинга и супервизии в голограмму, наполненную глобальным контекстом. Системные динамики во время супервизии супервизор прорабатывает с коучем в супервизионном взаимодействии, которое влияет на:

- Повышение качества услуги
- Развитие практики конкретного коуча
- Профессиональное развитие
- Возможность коуча исследовать своё коучинговое взаимодействие с клиентом из мета-позиции

Важно отметить, что систематическое прохождение супервизии развивает у коуча навык мета-наблюдателя. Эта субличность очень полезна для постоянного повышения качества услуг и развития практики в самом процессе коучинга. А при системной подготовке субличность мета-наблюдателя обеспечивает функцию минимальной «само-супервизии» в процессе коучинга.

### **11. Стоимость супервизии с точки зрения системы**

Стоимость супервизии не может стоить дешевле чем коуч-сессия супервизируемого коуча. Это будет демотивировать супервизора и вносить дисбаланс в систему.

С другой стороны, жесткая привязка стоимости супервизии к стоимости коуч-сессии разделяет начинающих коучей и супервизоров, оказывающих услуги в этом ценовом диапазоне и пары давно практикующих коучей и их более дорогих супервизоров. В АРК есть решение. Внутренняя супервизия для членов Ассоциации начинается от определенной суммы и стороны могут договориться о приемлемом формате взаимодействия.

### **12. Восприятие супервизии корпоративными заказчиками коучинга**

Среди корпоративных заказчиков, особенно в прогрессивных организациях, уже сформировано понимание, что супервизия нужна и важна как способ обеспечить качество коучинга, понять уровень профессионального развития конкретного коуча.

В этих организациях функцию и роль коуча часто выполняют штатные сотрудники: менеджеры и директора по персоналу, руководители и сотрудники структур по обучению и развитию, которые своими силами проводят коучинг сотрудникам организации из позиции внутреннего коуча/коуч-компетентного специалиста.

Они, как и независимые коучи (фрилансеры) тоже нуждаются в супервизии, которой в организациях не получают, т.к. просвещение заказчиков ещё оставляет желать лучшего. Но внутренние коучи самостоятельно ищут возможность пройти супервизию и приходят инкогнито на открытые супервизии в Ассоциацию русскоязычных коучей.

### **13. Выводы**

Итак, супервизия коучей, в отличие от супервизий в других помогающих практиках, служит прежде всего повышению качества услуги. Почему? Коучей в России много..., а коучинга мало. И снова почему? А не ходят коучи на супервизию. И подвергают неоправданному риску своих клиентов, себя, профессию и рынок.

Вот автомобили ездят теперь без техосмотра. Ну, дело же добровольное. Вот и коучи без «техосмотра» оказывают услуги на свой страх и риск. Только с системной точки зрения, рынка коучинга и профессии коуча, их развитие замедляется и в критической точке нарождающаяся и ещё не признанная профессия может вообще распадаться на специализации и остаться в разряде «не до...».

Супервизия коучей – самый системный способ повышения качества услуг и профессионального развития коучей и рынка коучинга. В многофокусной модели супервизии, адаптированной авторами и Русской школой коучинга по стандартам Ассоциации русскоязычных коучей супервизор работает с супервизантом/коучем с учётом взаимного влияния всех систем и их подсистем.

Супервизия коучей – также самый результативный способ повысить качество услуг коучинга и профессионального развития коучей. В практике коуча неизбежно появляются сложности и ошибки, которые нужно вовремя исправить. В противном случае они воспроизводятся в практике при оказании услуг и негативно влияют на репутацию коуча, восприятие профессии клиентами и заказчиками, а также

рынок в целом. Самое главное, что ошибки эти «изнутри» коуча чаще всего ему не заметны. Нужен специально обученный более опытный коллега, который создаст условия психологической безопасности для их осознания и профессионального развития коуча.

Супервизия коучей ещё и самый эффективный способ повышать качество услуг и профессионализм коуча. Во-первых, в формате групповой супервизии можно учиться на чужих ошибках предвосхищая их появление в своей практике. Или, как минимум, пока они ещё не стали частью авторского стиля конкретного коуча их осознать и проработать.

Секрет эффективной супервизии состоит в том, что лучше всего она работает именно профилактически. Не стоит повторять сделанные кем-то из коллег ошибки, если это можно предотвратить.

Ещё супервизия самый полезный и необходимый способ профессионального развития, т.к. по мере становления в профессии сложность запросов возрастает, а личностная проработанность может не успевать за внешними вызовами. Внутриличностные и межличностные конфликты, недостаток профессиональной уверенности и доверия себе как профессионалу, неосознаваемые и теневые проявления, а также многое другое встает на пути профессионального развития и практики коуча без регулярной супервизии.

Супервизия для коучей не только полезна и выгодна, т.к. растет качество услуг и увеличивается востребованность коуча вместе с его рыночной стоимостью. Ещё в профессиональных интересах коучи и супервизоры делают системный вклад в развитие профессии и цивилизованного рынка предвосхищая наиболее частые ошибки или исправляя их как можно раньше.

И для клиентов / заказчиков супервизия наиболее понятный и объективный критерий при выборе коуча, т.к. супервизоры проходят специальную подготовку и состоят в профессиональном сообществе, в котором профессионалы на основе согласованных стандартов несут общую ответственность за качество услуг и друг за друга.

### **Литература:**

1. Выготский, Л. С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. – Издательство «Лабиринт», М., 1999. – 352 с.
2. Ухтомский А.А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2020 – 512 с.
3. Кречмар Т., Гамбургер А. Коучинг и супервизия. Психодинамическое консультирование руководителей – М.: Независимая фирма «Класс», 2020. – 294 с.
4. Coaching, Mentoring and Organizational Consultancy. Supervision, skills & development. Peter Hawkins, Nick Smith. Open University Press, 2013, 352 с.
5. Coaching Supervision. A practical guide for supervisees. David Clutterbuck, Carol Whitaker, Michelle Lucas. Routledge, 2016

# ОБУЧЕНИЕ СУПЕРВИЗОРОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУПЕРВИЗИИ

Меновщиков В.Ю.

## Чему и как обучать супервизоров?

Если задаться вопросом: чему и как обучать супервизоров?

То первые ответы кажутся очевидными...

Открыл какой-нибудь из немногочисленных учебников, в основном, переведенных с английского, и вот тебе ответ, повторяющийся перечень тем – Что такое супервизия, ее функции, этика, роли супервизора и стили, модели супервизии, фокусы супервизии и форматы...и еще измерения супервизии от 6 и выше...

Найдя в интернете, также пока не очень большое количество учебных программ по обучению супервизоров в России, мы также обнаружим эти темы...

Но все ли этим исчерпывается?

И как построено само обучение супервизоров теми, кто это предлагает?

Действительно, прослушал видеозаписи на перечисленные выше темы, на какой-нибудь новенькой учебной платформе и ты уже супервизор???

Мне представляется, что это все-таки на много порядков сложнее!

Давайте попробуем чуть внимательнее приглядеться к подготовке супервизоров. Что она должна включать, из чего складываться?

### Часть 1. Чему обучать?

Выделю здесь и далее некоторые общие и частные моменты.

Итак, сначала **ОБЩЕЕ...**

Как известно 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<sup>48</sup>.

### *Что точно должен знать и уметь супервизор?*

П. Хоукинс и Р. Шохет (2002)<sup>49</sup> предлагают вопросы для самооценки супервизора, которые помогут ему определить, на каком уровне развития он находится, и развить необходимые навыки.

1. Знания: понимание целей супервизии, ясное представление о ее границах, понимание организационного, образовательного и поддерживающего элементов супервизии, знание различных типов супервизорского контракта.

48 Кулаков С.А. Супервизия и супервизорство // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022. – С.10.

49 Ховкине П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002, – С.185-187.

2. Навыки организации супервизии: возможность объяснить супервизируемому цель супервизии, достигать договоренностей при заключении контракта, поддерживать границы отношений. Умение создавать климат, характеризующийся эмпатией, искренностью, конгруэнтностью, 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, конкретностью. 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. Способность описать свой способ работы, передать собственный опыт, развить в супервизируемом терапевте навыки самосупервизии.
4. Отличительные особенности: настроенность на роль супервизора, адекватное использование власти, которую она дает, способность вдохновлять и внушать оптимизм, способность понимать потребности супервизируемых терапевтов, способность осознавать индивидуальные различия (принадлежность к определенному полу, культуре, расе и т.п.), чувство юмора.
5. Настрой на продолжение собственного развития: получение супервизии на супервизию, обновление терапевтических и супервизорских навыков. Осознание собственных ограничений. Получение регулярной обратной связи от коллег, собственного супервизора и супервизируемых терапевтов.

Подобного рода опросники и их содержание напоминают нам такой термин, как Компетенции. Этот термин определяет нечто, что должен уметь делать человек, чтобы справиться со своими должностными обязанностями (Хэндлер, 2004).

Другими словами, Компетенция – это знание, навык, способность или характеристики, связанные с выполнением профессиональной деятельности на высоком уровне, такие как решение проблем, аналитическое мышление лидерский потенциал и т.п. Некоторые определения компетенции включают мотивы, убеждения и ценности (Mirabile, 1997).

Вопрос о компетенциях и компетентностном подходе в супервизии уже поднимался нами в более ранних публикациях (Меновщиков, 2023)

К сожалению, мы пока что не обнаружили внятное описание компетенций супервизора в отечественной литературе и учебных программах.

Из зарубежных примеров, можно привести матрицу компетенций супервизора, разработанную АНСЕ (Ассоциацией супервизорских организаций Европы).

Приводим отрывок из нее в Приложении 1.

Уместно здесь вспомнить также и такие понятия как сертификационные требования, основанные на квалификационных и этических стандартах, как правило разрабатываемых профессиональными ассоциациями, а также процедуры аккредитации<sup>50</sup>.

50 См. например, Отчетный доклад И.В. Ляха XX Съезду ОППЛ  
<https://oppl.ru/komitetyi/komitet-po-supervizii.html>

Насколько мы понимаем, в российских ассоциациях в основном используется количественный (учет часов обучения и т.п.), а не качественный подход, основанный на компетенциях.

Еще одна важная категория - Профессиональный стандарт – это документ, в котором описаны трудовые функции по определённому виду деятельности, а также требования к знаниям, навыкам и опыту работы специалистов, выполняющих эти функции. Профессиональные стандарты обязательны к применению работодателями в части требований к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, если они установлены Трудовым кодексом Российской Федерации (далее - ТК РФ), другими федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (ч. 1 ст. 195.3 ТК РФ).

Если они установлены законом....

Обычным интернет-поиском в России, увы, можно сразу найти только **Профессиональный стандарт «Супервайзер станции метрополитена»** утверждён приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.10.2021 №717н.<sup>51</sup>

В реестре профессиональных стандартов также можно найти

Буровой супервайзер в нефтегазовой отрасли

Примечательна сноска - из действующих профстандартов для супервайзера (руководитель группы работников) лучше всего подходит 07.003. Он посвящён деятельности специалиста по управлению персоналом<sup>52</sup>.

По-видимому, на сегодня, это все на что мы можем опереться в поисках стандартов обучения супервизоров.

## ЧАСТНОЕ

Таким образом в подготовке супервизоров, есть ряд общих категорий, но есть и некоторые специфические особенности, частности, в том числе связанные с уровнем развития супервизора.

По сути, то, что прекрасно подходит одному, не годится для другого!

В том числе, играет роль уровень профессионального развития И супервизируемого терапевта и супервизора!

На первом подробно останавливаться не будем, так как достаточно подробно это было описано в нашей предыдущей статье<sup>53</sup>. И, конечно, в работах Rønnestad, M.H.; Skovholt, T. M. (2001, 2003).

Что касается модели развития супервизора (по Loganbill, 1982), можно выделить три уровня:

### *Уровень 1. Характеристики супервизора*

1. Проявляет механистический подход.
2. Играет строго экспертную роль.
3. Испытывает зависимость от собственного супервизора.
4. Является высоко мотивированным.
5. Умеренно или высоко структурирован.
6. Пытается работать, копируя чью-то модель.
7. Испытывает сложности при супервизии терапевта второго уровня развития.

51 Реестр профессиональных стандартов

52 Образец профстандарта супервайзера в 2024 году

53 Меновщиков В.Ю. Жизнь и судьба психотерапевта: этапы, кризисы и вызовы настоящего времени // Психологическая газета. 20.09.2024. <https://psy.su/feed/12578/>

### ***Уровень 2. Характеристики супервизора***

1. Проявляет растерянность, затрудняется в решении диадного конфликта.
2. Рассматривает супервизию и терапию более комплексно и неоднозначно (чем при уровне 1).
3. Имеет флукутирующую мотивацию, особенно когда супервизорские функции не вознаграждаются.
4. Сфокусирован на супервизируемом терапевте.
5. Порой теряет объективность.
6. Обвиняет супервизируемых терапевтов в своих проблемах.
7. Хорошо работает с терапевтами 1 -го уровня развития, нормально – с терапевтами 2-го уровня развития.

### ***Уровень 3. Характеристики супервизора***

1. Функционирует автономно.
2. Проявляет личное и супервизорское осознание.
3. Различает границы супервизии и свои роли в ней.
4. В состоянии проводить супервизию продолжительное время.
5. Предпочитает работать с терапевтами определенного уровня.

Получается, что уровень развития терапевта и уровень развития супервизора взаимодействуют самым тесным образом.

Формируются уровни рабочих проблем супервизора, определяющие разные действия супервизора по отношению к супервизируемому.

В частности:

#### ***На первом уровне рабочих проблем супервизора***

Супервизор должен:

- познакомиться супервизируемого с различными теоретическими ориентациями;
- быть сензитивным к тревоге супервизируемого; способствовать его автономии; поощрять стремление к риску;
- способствовать восприятию многообразия терапевтических моделей;
- привносить неопределенность в ситуацию;
- следить за балансом поддержки и неопределенности;
- использовать ролевые игры и презентации;
- помочь терапевту в развитии способности к концептуализации клиента;
- обращаться к ресурсам супервизируемого; не проявлять слишком много контроля;
- быть чутким к стилю обучения терапевта (активности/пассивности, локусу контроля, уровню концептуализации, устным и письменным способностям).

#### ***На втором уровне рабочих проблем супервизора***

Супервизор должен:

- понимать, что терапевт уже является не столь техническим ориентированным;
- понимать, что терапевт готов к конфронтации и нуждается в изучении альтернатив по отношению к изучаемому подходу; быть готовым к тому, что его супервизорская компетентность может быть подвергнута сомнению;

- уделять больше внимания трансферентным проблемам; развивать консультативный подход в супервизии; поощрять независимость терапевта;
- понимать, что представления терапевта могут быть неправильными и от этого может зависеть недостаток навыков; обеспечивать супервизируемому «спектр клиентов» для расширения его терапевтического опыта;
- признавать потребности супервизируемого в рациональных объяснениях;
- понимать различия между супервизией и терапией.

**Наконец, третий уровень рабочих проблем супервизора**, предполагает, что

Супервизор должен:

- работать с терапевтами третьего уровня развития;
- использовать терапевт-центрированный подход;
- быть поддерживающим, разделяющим опыт коллегой, другом, человеком, тестирующим реальность;
- использовать в качестве проводника свою клиническую мудрость;
- стимулировать и сомневаться;
- использовать каталитические интервенции,
- использовать самораскрытие в тот момент, когда это полезно<sup>54</sup>.

Все вышеперечисленное требует разной компетентности супервизора!

Соответственно разного уровня подготовленности, опыта и т.д. и т.п.

Получается, что и подготовка супервизоров разного уровня, работающих с разного уровня терапевтами, должна быть не одинаковой!

И мы снова встречаемся с вопросом – **а как же их тогда обучать?**

## Часть 2. Как обучать?

### ОБЩЕЕ

Что такое обучение супервизии, каковы его общие цели?

Например, Блохер (1983) заявил, что «целью обучения супервизии в программах подготовки консультантов, очевидно, является образование компетентного, этичного и ответственного профессионального человека» (стр. 27).

Хотя большая часть литературы по обучению супервизии обсуждает потребности студента в обучении, также существует необходимость обучения супервизора в этой области, чтобы увеличить и улучшить области компетенции супервизора. Кроме того, обучение супервизии может быть необходимым условием для трудоустройства... Опираясь на работы зарубежных авторов (Bradley, Boyd, 1989; Ван Кессель, 2024), очертим основные необходимые составляющие программы подготовки супервизоров.

Во первых речь идет о **Первоначальном планировании обучения**.

Перед началом обучения супервизии необходимо провести встречу с преподающим супервизором, чтобы предоставить обзор сеанса(ов) обучения(ий) лицу, проходящему обучение супервизии. Во время этой начальной встречи необходимо получить справочную информацию, чтобы убедиться, что обучающийся имеет необходимый опыт и интерес для участия в обучении.

<sup>54</sup>

Цит. по Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.– С.

19-22.

Обучающийся должен быть проинформирован о предполагаемой структуре и формате обучения(ий). Кроме того, обучающийся должен понимать ожидания и требования для успешного завершения обучения супервизии. Далее следует обсудить следующие темы:

- предполагаемое количество времени для завершения обучения супервизии,
- информация о том, кто несет ответственность за обучение,
- обязанности слушателя в обучении,
- обзор процедур оценки,
- разъяснение того, как будет определяться удовлетворительная и неудовлетворительная учебная работа,
- и обсуждение вопросов конфиденциальности, которые влияют на лицо, находящееся в обучении.

Вторая важная вещь – постановка ясных целей обучения супервизии.

Например, следующие четыре основные **цели** направляют планирование обучения супервизии:

1. предоставить теорию или базу знаний, относящуюся к супервизорской деятельности,
2. развить и усовершенствовать навыки супервизии,
3. интегрировать теорию и навыки в рабочий стиль супервизии,
4. развить и улучшить профессиональную идентичность супервизора.

Все это может быть достигнуто посредством сочетания дидактических и опытных режимов обучения. Предоставляя синтез концептуального и опытного воздействия, обзор представляет интегративный компонент обучения.

Обучение супервизии похоже на то, что описали Логанбилл и Харди (1982): «интеграция позволяет концептуальному материалу стать чем-то большим, чем просто интеллектуальными данными, он становится значимым вводом, который может организовать и осмыслить опыт» (стр. 38).

В третьих, в модели обучения пять основных областей содержания:

- (1) концептуализация функции супервизии,
- (2) организация отношений супервизии,
- (3) фокусировка целей супервизии на мастерство и зрелость,
- (4) содействие среде обучения супервизии и
- (5) разработка теоретической базы, технологии супервизии и личного стиля.

Кроме того, в завершении обучения супервизии значительную роль играет Оценка. Она состоит из оценки знаний, практики и личного компонента и проводится на протяжении всего процесса обучения.

Бредли и Бойд выделяют следующие **МОДУЛИ ОБУЧЕНИЯ СУПЕРВИЗИИ**:

### ***I. Цели:***

A. Обеспечить теоретическую базу знаний, имеющую отношение к руководящей деятельности;

B. Развивать и совершенствовать навыки супервизии;

C. Интегрировать теорию и навыки в рабочий стиль супервизии;

D. Развивать и повышать профессиональную Идентичность супервизора.

## **II. Компоненты обучения:**

- А Концептуальные;
- В. Экспериментальные;
- С. Интегративные.

## **III. Модальности обучения:**

- А Дидактические презентации;
- В. Моделирование;
- С. Упражнения по имитации;
- D. Контролируемая практика.

## **IV. Контентные модули:**

- А. Концептуализация функции супервизии
  - 1. Определение супервизии;
  - 2. Супервизия, как предмет, отличающийся от других ролей консультирования и т.п.;
  - 3. Портрет идеального клинического или административного супервизора;
  - 4. Супервизия как регулирующее лидерство;
  - 5. Этические и правовые аспекты супервизии.
- В. Организация супервизионных отношений
  - 1. Измерения отношений между супервизором и супервизируемым;
  - 2. Супервизия как рабочий альянс;
  - 3. Установление целей и средств;
  - 4. Развитие супервизионных отношений по этапам;
  - 5. Групповая супервизия;
  - 6. Контакт с окружающей средой/агентством для супервизии.
- С. Фокусирование целей супервизии на мастерстве и зрелости
  - 1. Вопросы развития супервизируемых;
  - 2. Роли супервизоров, способствующие развитию;
  - 3. Супервизия, направленная на процессы профессиональной идентичности, укрепления и автономии.
- D. Содействие супервизионной учебной среде
  - 1. Взаимодействие ученика и учебной среды в супервизии;
  - 2. Развивающая обучающая среда<sup>55</sup>;
  - 3. Развитие супервизируемого;
  - 4. Стимулирование личностной и профессиональной зрелости супервизора
- Е. Разработка теоретической базы, технологии супервизии и личного стиля
  - 1. Теоретические подходы к супервизии: психотерапевтические, поведенческие, эмпирические, развивающие, системы;
  - 2. Мульти-техники для супервизоров;
  - 3. Супервизионные вмешательства, основанные на уровне развития;
  - 4. Развитие обоснованного личного стиля супервизии;
  - 5. Интеграция теории, навыков и стиля).

55

Блохер для создания обучающей среды предложил семь основных динамик : (1) вызов, (2) вовлечение, (3) поддержка, (4) структура, (5) обратная связь, (6) инновации и (7) интеграция.

## **V. Оценка**

А. Оценка компонента знаний

В. Оценка компонента практики

С. Оценка личностного компонента.

Рассмотрим далее в качестве примера, модуль Оценки.

Оценочная часть модели обучения супервизоров содержит три компонента:

- компонент знаний,
- компонент практики
- и компонент личных характеристик.

**Предварительные замечания:** хотя оценка может представлять собой неудобную ситуацию для супервизора, проходящего обучение, оценка не должна быть неудобным процессом. Тщательное планирование до начала обучения может помочь снизить беспокойство, связанное с оценкой.

Перед первым сеансом обучения рекомендуется описать средства оценки. Оценка должна быть описана как можно более прямо и точно.

Если в процессе оценки будут использоваться формы, супервизоры, проходящие обучение, должны знать содержание форм и, если возможно, получить копию формы(форм) оценки.

Если письменные материалы (теоретическая работа супервизора, концептуализация случая) или прямые наблюдения педагога или супервизора агентства являются частью процедуры, супервизору, проходящему обучение, следует предоставить как можно больше конкретной информации насколько это возможно.

Вопросы, связанные с конфиденциальностью и ее влиянием на оценку, также должны быть предоставлены.

По сути, супервизору следует предоставить столько информации, сколько доступно для всех процедур оценки. Тревога обычно уменьшается прямо пропорционально количеству предоставленной информации.

Обсуждение должно быть направлено на то, чтобы убедиться, что супервизор, проходящий обучение, понимает, что цель оценки заключается в улучшении опыта обучения, и никоим образом она не предназначена для «унизить» или заставить супервизора чувствовать себя неполноценным.

### **Компонент знаний**

В этом компоненте цель состоит в том, чтобы оценить, была ли приобретена база знаний о процессе супервизии.

Примеры областей компетентности включают модели супервизии, методы супервизии, знание этических и правовых вопросов, связанных с супервизией, стратегии вмешательства в супервизии, исследования супервизии, организационную структуру супервизии и индивидуальные и групповые стратегии супервизии.

Методы оценки компетентности включают экзамены (включая когнитивные и опытные компоненты), письменное или устное представление своей теории супервизии, подготовку статьи, которая сравнивает и противопоставляет административные и клинические роли в супервизии, разработку семинара по основам супервизии, создание этических дилемм супервизии для обсуждения в классе и демонстрацию (письменного, устного) знания обоснования и соответствующей методологии супервизии для внедрения с супервизируемыми на разных этапах развития.

### **Практический компонент**

Практический компонент охватывает оценку того, как супервизоры, проходящие обучение, осуществляют супервизию. По сути, практический компонент включает в себя фактическую демонстрацию всей сферы обучения супервизируемых.

Аудиозаписи, видеозаписи и прямое наблюдение представляют собой три частых метода, используемых для оценки реализации навыков супервизии.

Сочетание устной и письменной обратной связи необходимо для оценки практического компонента. Особенно в случаях, когда дается отрицательная обратная связь, следует предоставить письменное резюме.

Резюме должно включать предложения по улучшению и дополнительно оно должно быть подписано и датировано как супервизором, так и супервизируемым. Подпись супервизируемого указывает, что он/она получил(а) и прочитал(а) оценку.

Перед тем, как письменная оценка будет предоставлена супервизируемому, следует представить устное резюме. Настоятельно рекомендуется, чтобы обе процедуры происходили в одном сеансе.

Письменная оценка никогда не должна даваться без сопровождающей устной оценки с достаточной возможностью для вопросов, которые может задать супервизируемый.

Многие супервизоры-стажеры в университетах и агентствах часто наблюдаются супервизором на месте. Поскольку супервизор на месте обычно участвует в обучении супервизоров, необходимо провести консультацию с супервизором на месте, чтобы получить его мнение и оценку работы супервизора-стажера.

Супервизор на месте должен обсудить оценку и предоставить копию оценки супервизору-стажеру. И супервизор на месте, и супервизор-стажер должны подписать и поставить дату на форме. Копия всех форм оценки и другая информация, связанная с оценкой, должны храниться в файле обучения супервизируемого. Кроме того, оценка супервизируемого(ых) может дать представление о предоставлении услуг супервизора.

При оценке практического компонента рекомендуется получить информацию из различных видов деятельности супервизора. Например, оценочная информация должна быть получена о предоставлении супервизора как на групповых, так и на индивидуальных сессиях супервизора.

Прямое наблюдение за супервизором, осуществляющим супервизию в агентстве или с группой студентов, проходящих супервизию или практику, может предоставить информацию о нескольких элементах практики супервизора.

Оценка практического компонента обычно сосредоточена на том, какая функция супервизии должна быть реализована и как эта функция реализуется. «Что» в супервизии относится к поведению, в котором участвует супервизор в обучении, а «как» описывает способ, которым происходит проведение супервизии.

Задачи супервизии, включая то, как супервизор определяет обоснование и теоретическую основу для супервизии, как осуществляется супервизия за субъектами супервизии, и как планируются и достигаются цели супервизии, являются репрезентативными областями для оценки супервизии.

### **Личный компонент**

В личном компоненте цель состоит в том, чтобы оценить характеристики, которые указывают, стал ли супервизор компетентным профессионалом.

В этом компоненте следует получить информацию о качестве и характере личностных характеристик супервизора. Необходимо оценить профессиональную зре-

лость и идентичность супервизора-стажера, а также способность содействовать развитию супервизанта(ов). Кроме того, следует провести оценку таких черт личной толерантности, как гибкость, принятие, эмпатия, справедливость, чувствительность, объективность и честность. Необходимо провести дополнительную оценку этических убеждений и поведения супервизора-стажера.

Личный компонент может быть трудно оценить из-за его качественной природы, и поэтому многие программы обучения супервизоров проводят поверхностную оценку этой области, если вообще проводят.

Этот компонент является важным компонентом, и поэтому его нельзя упускать из виду. Супервизоры-стажеры должны понимать с самого начала обучения, что база знаний супервизии и навыков никогда не заменит личностный компонент. Эффективные личные характеристики должны моделироваться и демонстрироваться на протяжении всего процесса супервизии. Руководство супервизором-стажером над супервизируемыми обеспечивает прямое средство для оценки личностного компонента. Информацию о личных характеристиках супервизора-стажера также можно получить во время обучения на рабочем месте в условиях агентства, обучения в классе на курсах супервизии и обратной связи от супервизируемых, супервизоров на местах и других коллег.

Таким образом, явной целью компонента оценки является оценка информации о развитии мастерства супервизора-стажера в области супервизионных знаний, реализации навыков супервизии и демонстрации личностных качеств.

## **ЧАСТНОЕ**

Ховкинс и Шохет (2002) отмечают, что, в основном, материал, необходимый для включения в обучающие курсы, является общим для всех начинающих супервизоров, но, кроме этого, должна проводиться подготовка в соответствии с частными (специализированными) условиями, в которых супервизору предстоит действовать.

Они предлагают пять типов специализированных учебных курсов:

- базовый курс для начинающих супервизоров;
- базовый курс для студентов и практикующих супервизоров;
- курсы по супервизии в командах и группах;
- терапевтическая супервизия для супервизирующих психологическое консультирование, психотерапию или другую терапевтическую работу;
- продвинутое курсы для тех, кто проводит супервизию между командами и организациями, а также для тех, кто учит супервизии или хочет приобрести дополнительный опыт.

Рассмотрим, в качестве примера только два варианта программ – базовый курс и продвинутый курс.

### **Базовый курс для начинающих супервизоров:**

Первый навык, которому мы обучаем начинающих супервизоров, – навык предоставления обратной связи, поскольку это не только необходимый для компетентного супервизора навык: с его помощью участники курса могут работать друг с другом.

Второй навык – супервизорские 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).

Луи ван Кессель также в своих учебных программах выделяет развитие супервизорских интервенций и замечает, что супервизор должен обладать большим разнообразием интервенций в своем распоряжении, потому что не только каждый супервизант отличается, но и их профессиональный опыт, который они представляют, и каждый момент процесса. Однако, кажется, что мы должны завершить это утверждение цитатой из Маслоу: не инструменты делают кого-то хорошим плотником... (Ван Кессель, 2024).

Вернемся к Ховкинсу и Шохету. Они пишут, что в-третьих – центральной частью базового курса является обучение действию, в ходе которого учащиеся могут использовать свои навыки, модели и схемы в качестве инструмента исследования, помогающего им больше узнать о проводимой ими супервизии.

Впоследствии полезно собирать участников обучающего курса, чтобы увидеть плоды этого обучения в действии, и чтобы супервизоры могли учиться не только на своем опыте, но и на опыте своих коллег. В ходе этих встреч можно практиковать представления случаев, а также использовать более активные упражнения (например, групповые скульптуры, ролевые игры).

### **Программы Обучения опытных супервизоров**

Этот курс также адресован тем, кто хочет совершенствоваться в своей практике супервизии.

И снова знания, навыки и техники участников этого курса должны соответствовать требованиям основных курсов. Главный фокус должен приходиться на построение для супервизоров обучающего пространства, чтобы они могли вернуться к знаниям и навыкам, полученным на более ранних этапах обучения, в свете приобретенного опыта применения этих навыков в своей работе.

Это означает, что данный курс должен быть менее структурированным и должен предоставлять больше свободы студентам, нежели предыдущие курсы, кроме того, в процессе обучения супервизоры имеют массу возможностей для разбора трудных случаев из своей практики.

На этой стадии работы с супервизорами полезно вносить еще и другие дополнения, которые включают в себя:

- Углубленную работу с видеозаписями супервизорских сессий, сделанными либо в ходе работы супервизора, либо прямо на курсе.
- Использование техник восстановления интерперсонального процесса (Kagan, 1980; CSTD, 1999) с целью детального анализа записанной или реальной сессии.
- Семинар по обсуждению случаев этических дилемм в супервизии
- Мастерские по развитию транскультуральной компетентности
- Семинары по вопросам оценки и аккредитации.
- Анализ случаев, касающихся внутриорганизационной динамики
- Семинары по способам развития политики супервизии в организации и по организационным изменениям

В качестве примера целостной программы обучения (переподготовки) супервизоров в России, мы приводим в Приложении 1 обучающую программу, разработанную Луи ван Кесселем, успешно реализуемую в нашем Институте консультативной психологии и консалтинга с 2018 года.

Луи ван Кессель считает, что для подготовки супервизоров необходимы три – взаимосвязанные – траектории обучения. Соответственно, двухлетняя обучающая программа для подготовки супервизоров состоит как минимум из трех взаимосвязанных траекторий:

- 1) Программа курса. В непрерывном групповом формате, с фокусом на различные темы, связанные с супервизией. Частью этого могут быть учебные активности «в группе равных»;
- 2) Обучение / супервизия проходящих обучение (стажеров). Супервизия, которую проводят сами обучающиеся, получение непосредственного опыта того, как проводить супервизию, в форматах: индивидуально / в паре; в группе;
- 3) «Супервизия-супервизии», которую проводит сертифицированный супервизор. В этой активности обучающиеся представляют свой собственный опыт проведения супервизии в обучающем формате и учатся размышлять о своей работе, сложностях, с которыми они могут сталкиваться, и развивают компетенции, необходимые супервизору.

Мы вполне осознаем всю сложность заявленной нами темы, и невозможность ее раскрытия в одной статье. И именно поэтому, мы рассматриваем данный текст скорее как приглашение к обсуждению, которое можно будет продолжить на нашем ежегодном онлайн форуме «Супервизия в России», 14-15 декабря 2024 года. Приглашаем вас к участию!

### **Литература:**

1. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003.
2. Ван Кессель Л. Супервизия. Индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в сфере человеко-ориентированных услуг / Под научной ред. В.Ю. Меновщикова, В.А. Михайлова. Пер. с англ. – М.: ФПК Онлайн-Институт, 2024 – 480 с.
3. Кулаков С.А. Супервизия и супервизорство // Научно-практический альманах «Супервизия в России» - 2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2022. – С.10.
4. Меновщиков В.Ю. Классификация моделей супервизии в России и за рубежом. // Научно-практический альманах «Супервизия в России»-2022. Том 1. / Под ред. В.Ю. Меновщикова, Н.А. Панфиловой-Дарчиевой. М. 2022. С.50.
5. Меновщиков В.Ю. Компетентностный подход в супервизии // Психологическая газета. 14.11.2023.
6. Меновщиков В.Ю. Жизнь и судьба психотерапевта: этапы, кризисы и вызовы настоящего времени // Психологическая газета. 20.09.2024.
7. Хэндлер Ч. Компетенция: что это такое и для чего это нужно? Дата публикации: 25 октября 2004 года: <http://www.hr-zone.net/>
8. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Спб.: Речь, 2002

9. Blocher, D.H. (1983). Toward a cognitive developmental approach to counselor supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 27-34.
10. Bradley, Loretta J.; Boyd, John D. (1989) *Counselor Supervision: Principles, Process, and Practice*. Accelerated Development Inc.
11. CSTD (Centre for Staff Team Development) (1999) *Supervision Resource Book*. Bath: CSTD.
12. Ekstein, R., & Wallerstein, R.S. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy* (2nd ed.). New York: International Universities Press.
13. Heron, J. (1975) *Six-Category Intervention Analysis*. Guildford: University of Surrey Human Potential Research Project.
14. Kagan, N. (1980) *Influencing human interaction: eighteen years with IPR*, in A.
15. K. Hess (ed.) *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. New Yqrk: Wiley.
16. Kaslow, N. J., Rubin, N., Bebeau, M., Leigh, I., Lichtenberg, J., Nelson, P., . . . Smith, L. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research & Practice*, 38, 441-451. doi: 10.1037/0735-7028.38.5.441
17. Loganbill, C., Hardy, E. & Delworth, U. (1982). Supervision: A conceptual model. *The Counseling Psychologist*, 10(1), 3-42. DOI: 10.1177/0011000082101002.
18. Loganbill, C., & Hardy, E. (1983). Developing training programs for clinical supervisors. *The Clinical Supervisor*, 1, 15-21.
19. Mirabile, R.J. (1997). Everything you wanted to know about competency modeling. *Training and development*, august, 73-77.
20. Rønnestad, M. H.; Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 181–187.
21. Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2003) *The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development*// *Journal of Career Development*, Vol. 30, No. 1

## Проблема результативности супервизии и консультирования как проблема границ понимания себя и мира их субъектами

**Введение.** Актуальность и целесообразность исследования проблем результативности супервизорского сопровождения в контексте осознания и построения адекватных ситуации помощи рамок (границ) ее осмысления и воздействия на ситуацию и ее участников связана с необходимостью поиска путей совершенствования профессиональной подготовки и повышения квалификации психологов, психотерапевтов, социальных работников и иных специалистов помогающих профессий. Цель исследования – анализ путей обеспечения и повышения результативности супервизорского сопровождения психологической помощи.

**Материалы и методы (Methodology).** Метод исследования – теоретический анализ проблем границ в супервизорской и психологической помощи в контексте задач повышения их результативности. Методологической основой выступили интегративный подход к осмыслению проблем результативности супервизорского сопровождения психологической помощи.

**Результаты.** Границы в контексте работы специалиста с супервизором связаны, в первую очередь,

- 1) с целями и ценностями супервизии и консультирования, задающими общие рамки / границы и направленность работы,
- 2) с фокусом супервизорского взаимодействия, задающего уровень и характер работы со специалистом (в том числе личностный и/ или профессиональный),
- 3) с фокусом, в том числе границами консультативного / психотерапевтического взаимодействия (особенностями ситуации клиента).

Важно отметить, что нарушения границ потенциально вредны для клиента, супервизора и консультанта тем, что они повторяются, но специалисты не исследуют их, формируя «зоны умолчания» и «слепые зоны». В отличие от них, пересечение и изменение границ, сопоставление границ – это благоприятные и даже полезные трансформации, перерывы, изучение смысловых пауз, лакун и интертекстовых взаимодействий, которые возникают изолированно и обычно обсуждаются в процессе работы. Результативность супервизии и консультирования как проблема часто стоит как проблема их осмысления и освоения как практик осознанного исследования и изменения границ понимания себя и мира их субъектами.

**Заключение.** Границы во взаимодействии психолога-консультанта, клиента и супервизора – феномен, отражающий базовые принципы и цели их совместной активности. Поэтому одна из центральных задач подготовки специалистов в вузе была, есть и, по-видимому, будет, задача формирования и развития рефлексии, стремления и умения понимать себя, клиентов, супервизоров и окружающий мир, изменять фокус и

границы понимаемого и преобразуемого в процессе совместной рефлексии. Результативность супервизии и консультирования выступает как функция грамотного организованного супервизором и последовательно осуществляемого вместе с ним и самостоятельно консультантом в общении с клиентом или клиентами практик а осознанного исследования и изменения границ понимания себя и мира их субъектами.

*Ключевые слова:* границы понимания, пересечение границ, нарушение границ, консультирование, психотерапия, супервизия, совместная рефлексия, профессиональная подготовка, результативность супервизии, результативность консультирования.

## **Введение**

Одна из центральных, смыслообразующих задач профессионального образования - профессионализм будущих специалистов. Результативность работы специалиста связана не только с четким осознанием профессиональных границ оказываемой им клиенту поддержки в решении его проблем и реализации задач саморазвития, но и осознанием всех иных границ и контекстов его осмысления и его взаимодействия с клиентами, собой, супервизоров и иными людьми и группами. Функция границ связана с профилактикой, коррекцией, управлением проблемными, кризисными и конфликтными ситуациями в разных ситуациях, повышением эффективности и продуктивности (в целом - результативности) оказываемой клиентам поддержки в контексте соблюдения этических, юридических и иных регулирующих профессиональную помощь принципов, то есть границ.

Актуальность и целесообразность исследования проблем результативности супервизорского сопровождения в контексте осознания и построения адекватных ситуации помощи рамок (границ) ее осмысления и воздействия на ситуацию и ее участников связана с необходимостью поиска путей совершенствования профессиональной подготовки и повышения квалификации психологов, психотерапевтов, социальных работников и иных специалистов помогающих профессий. Цель исследования – анализ путей обеспечения и повышения результативности супервизорского сопровождения психологической помощи.

## **Материалы и методы (Methodology)**

Метод исследования – теоретический анализ проблем результативности супервизорского сопровождения в контексте представления о множественности ситуаций и важности поиска адекватных помогающему психологическому взаимодействию границ их осмысления и преобразования; теоретический анализ проблем границ в супервизорской и психологической помощи в контексте задач повышения их результативности.

Методологической основой выступили интегративный подход к осмыслению проблем результативности супервизорского сопровождения психологической помощи.

Психологическое консультирование и супервизия понимаются как взаимопроникающие, взаимодействующие как компоненты целостной системы, синхронизированные практики помогающего, диалогического взаимодействия супервизора, психотерапевта или консультанта и клиентов, в которых консультант при поддержке супервизора выбирает (из спектра возможных и результативных наиболее отвечающие целям психологической помощи, собственным и клиентов особенностям и особенностям проблемных ситуации) рамки (границы) понимания и воздействия на проблемные ситуации во взаимоотношениях с клиентом [1].

## Результаты

В консультировании и психотерапии часто используется понятие профессиональных границ (границ помощи) и понятия об их намеренном или ненамеренном, продуктивно или деструктивном нарушении (boundary crossing, boundary violation). Профессиональные границы являются базовыми составляющими психотерапевтической, помогающей ситуации. Их можно рассматривать как «грань» или предел надлежащего поведения специалиста во взаимодействии с клиентом в ситуации помощи. Принципы благотворительности, свободы и непричинения вреда, сострадания наряду с доверительным партнерством являются ключевыми понятиями в отношении между специалистом и клиентом / пациентом. Нарушение этих принципов – причина многих проблем и неуспешности работы: невежество и эксплуататорский характер специалиста, его психологическая нестабильность и уязвимость, моральная слабость и иные факторы могут привести к проблемам с границами: пересечению и нарушению границ помогающих отношений. Граница - «грань» надлежащего профессионального поведения, нарушение которой предполагает выход или нарушение специалистом профессиональной роли, тогда помогающие отношения отклоняются от своей основной цели и становятся нетерапевтическими [2; 3]. Напротив, внимание к базовым аспектам профессиональной природы помогающих отношений, их тщательное соблюдение способствует созданию и укреплению атмосферы безопасности и предсказуемости, способности и готовности клиента / пациента в полной мере использовать оказываемую ему помощь [4;5; 6; 7].

Супервизорская помощь отличается от помощи психолога клиенту несколькими ведущими чертами, придающими ей результативность и обеспечивающими, в дальнейшем, результативность консультативного (психотерапевтического) взаимодействия. Эти черты во многом связаны с тем, что содержанием супервизий в их личностном и профессиональном вариантах выступает совместная рефлексия (совместное исследование как осознание и изучение, то есть осмысление) супервизором и психотерапевта конкретных ситуаций взаимодействия консультанта с клиентом, супервизором, иными людьми и организациями / группами, их изучение как повышающих или снижающих результативность помогающего взаимодействия, включая результативность супервизии [8].

Границы в контексте работы специалиста с супервизором связаны, в первую очередь, 1) с целями и ценностями супервизии и консультирования, задающими общие рамки / границы и направленность работы, 2) с фокусом супервизорского взаимодействия, задающего уровень и характер работы со специалистом (в том числе личностный и/ или профессиональный), 3) с фокусом, в том числе границами консультативного / психотерапевтического взаимодействия (особенностями ситуации клиента).

Супервизия, еще более чем консультирование, означает работу с пониманиями и взаимными пониманиями происходящего, происходившего или «возможно произойдущего» в отношениях с собой, друг другом и иными людьми и группами у клиента (клиентов), специалиста (специалистов) и супервизора (супервизоров). Таким образом, проблема контекста или границ понимания (совместной рефлексии) становится крайне значимой и, помимо содержательных аспектов каждой отдельной ситуации взаимодействия клиента, психолога, супервизора, обращает внимание на сам процесс перемещения - перефокусировки – по разным контекстам и границам понимаемого и преобразуемого.

По мере того, как специалисты становятся более самостоятельными и квалифицированными, они берут на себя большую ответственность, расширяют круг пациен-

тов / клиентов и проблем, с которыми они могут работать, обогащают свой профессиональный репертуар новыми методиками, пересматривают духовно-нравственные основания своей работы и т. д.. при этом, а также и особенно в процессе супервизии – происходит пересмотр и изменение границ специалиста, и – не только собственно профессиональных.

Важно отметить, что нарушения границ (boundary violation) потенциально вредны для клиента, супервизора и консультанта тем, что они повторяются, но специалисты не исследуют их, формируя «зоны умолчания» и «слепые зоны». Пример – феномен «скользкой дорожки» («скользского склона», *slippery slope concept*)- постепенной прогрессии нарушений границ. В отличие от них, пересечение и изменение границ (boundary crossing) , сопоставление границ – это благоприятные и даже полезные трансформации, перерывы, изучение смысловых пауз, лакун и интертекстовых взаимодействий, которые возникают изолированно и обычно обсуждаются в процессе работы [9; 10].

Есть множество примеров преодоления психотерапевтических границ, например, принятие дара и самораскрытие. Сторонники принятия подарков утверждают, например, что отказ от небольшого символического подарка по этическим соображениям может быть истолкован клиентом как неприятие их личности и поставить под угрозу успех терапии. Психологи все чаще рассматривают самораскрытие как безопасное и неизбежное и даже прямо психотерапевтическое средство [11-16]. Практикующие могут использовать принятие дара, самораскрытие, признательность клиенту за помощь в решении проблемы консультанта, чтобы обогатить процессы работы с клиентом. Однако важно предостеречь от чрезмерности, которая может привести к путанице границ и последующей потере целей и направления работы: кажущиеся незначительными пересечения границ ведут к каскаду все более крупных пересечений границ [17]. В любом случае результативность супервизии и консультирования как проблема часто стоит как проблема их осмысления и освоения как практик осознанного исследования и изменения границ понимания себя и мира их субъектами.

### **Заключение**

Границы во взаимодействии психолога-консультанта, клиента и супервизора – феномен, отражающий базовые принципы и цели их совместной активности. Поэтому одна из центральных задач подготовки специалистов в вузе была, есть и, по-видимому, будет, задача формирования и развития рефлексии, а также связанной с нею проницательности и гибкости специалиста, его стремления и умения понимать себя, клиентов, супервизоров и окружающий мир, изменять фокус и границы понимаемого и преобразуемого в процессе совместной рефлексии. Результативность супервизии и консультирования выступает как функция грамотно организованного супервизором и последовательно осуществляемого вместе с ним и самостоятельно консультантом в общении с клиентом или клиентами практик а осознанного исследования и изменения границ понимания себя и мира их субъектами.

## Литература

1. Bruckner J., Physical Therapists as Double Agents Ethical Dilemmas of Divided Loyalties // *Physical therapy*. 1987. Vol. 67. P. 383-387. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.3.383>.
2. Aravind V. K., Krishnaram V. D., Thasneem Z. Boundary crossings and violations in clinical settings // *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2012. Vol. 34(1). P. 21-24. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96151>.
3. Gabbard G. O. Patient-Therapist Boundary Issues // *Psychiatric Times*. 2005. Vol. XXII. Iss. 12. URL: <https://www.psychiatristimes.com/view/patient-therapist-boundary-issues> (accessed 10. 02. 3032)
4. Слабинский В. Ю. Психотерапия. СПб: Питер, 2020. 608 с
5. Zilber, Cl. When the Legal 'Floor' Doesn't Match the Ethical 'Ceiling' // *Psychiatry News*. 2019. Vol. 6. P. 1. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2019.11a4>
6. Забродин Ю. М., Пахальян В. Э. Проблемы оценки соответствия профессиональной деятельности практических психологов требованиям внедряемых стандартов // *Психолого-педагогические исследования*, 2018. Т. 10, №2. С. 21–42, <https://doi.org/10.17759/psyedu.2018100203>
7. Levin A. Goldwater Rule's Origins Based on Long-Ago Controversy // *Professional news*. 2016. 25 August. P. 1. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2016.9a19>
8. Johnson R., Persad G., and Sisti D. The T. Tarasoff Rule: The Implications of Interstate Variation and Gaps in Professional Training // *Journal of American Academician Psychiatry Law*. 2014. Vol. 42. P. 469–477. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.17402>
9. Gabbard G. O., Lester E. P. *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, 2005. 223p.
10. Strasburger L. H., Jorgenson L., Sutherland P. The prevention of psychotherapist sexual misconduct: avoiding the slippery slope // *American Journal of Psychotherapy*. 1992. Vol. 46(4). P. 544-555.
11. Celenza A., Gabbard G. O. Analysts who commit sexual boundary violations: a lost cause? // *Journal of American Psychoanalytical Association*. 2003. Vol. 51(2). P. 617-636.
12. Hook J., & Devereux D. Boundary violations in therapy: The patient's experience of harm // *British Journal of Psychological Advances*, 2018. Vol. 24(6), p. 366-373. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.2>
13. Smith J. A., Pomerantz A. M., Pettibone J. C., & Segrist D. J. When does a professional relationship with a psychologist begin? An empirical investigation // *Ethics & Behavior*, 2012. Vol. 22(3). P. 208–217.
14. Barnett J. E. Sexual feelings and behaviors in the psychotherapy relationship: An ethics perspective // *Journal of Clinical Psychology*, 2014. Vol. 70(2). P. 170–181.
15. Sawyer S., & Prescott D. Boundaries and dual relationships // *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*. 2010. Vol. 23(3). P. 365-380.
16. Gutheil T. G. Clinical concerns in boundary issues // *Psychiatric Times*, 1999. Vol. 16(8), p. 57–59.
17. Gutheil T. G., & Gabbard G. O. The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions // *American Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 150(2), p. 188–196. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.188>

## Приложение 1. Примеры компетенций супервизора

### Профессиональная идентичность. Профессиональное отношение

#### Рефлексивность

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Наблюдение и формулирование собственного опыта, мыслей и убеждений.
- Оспаривание и постановка под сомнение наблюдений.
- Получение понимания посредством постановки под сомнение.
- Наблюдение за влиянием собственных действий и принятие решения о том, следует ли и как изменить такие действия.
- Решение о том, является ли выражение собственных идей уместным в контексте.
- Распознавание признаков бессознательных процессов и работа с ними.
- Использование индикаторов для поощрения изменения перспективы.

#### Интеграция теории и практики

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Выражение собственных убеждений и неявных теорий.
- Размышление об их влиянии на процессы надзора/коучинга в данной ситуации.
- Решение о том, может ли собственный опыт быть полезным для супервизируемого/коучинга.
- Выделение общей основы, сходств и различий между различными теоретическими подходами.
- Настройка вмешательств в соответствии с теоретическим и методологическим размышлением.
- Гибкость в применении различных подходов в соответствии с конкретной задачей, которая возникает в процессе надзора/коучинга.
- Представление теории и ее применение в различных контекстах.
- Обсуждение вариантов и ограничений этой теории.
- Легкое применение теоретических идей к различным ситуациям.
- Уменьшение сложности данной ситуации путем обращения к теоретической структуре.
- Выбор вмешательств, которые уменьшают сложность для супервизируемых/коучи.
- Оценка теории как систематически применяемых описаний опыта
- Решение о том, как иметь дело с динамикой собственных неявных теорий (набор убеждений, ценностей, побуждающих к действию предположений и поведения, а также то, как люди выбирают их рационально объяснять) и основанных на доказательствах научных ссылок.

- Использование методов из различных теоретических подходов путем четкого различения теоретических (эпистемологических) основ.

## **Этика**

### **Этическое поведение**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Обращение с властью, доверием и конкуренцией таким образом, чтобы это позволяло сохранять личную и профессиональную честность и ответственность.
- Соблюдение конфиденциальности в правовых и договорных рамках.
- Принятие нейтральной позиции по отношению ко всем сторонам.
- Оценка собственных конфликтующих интересов и принятие надлежащего решения в соответствии с этическим поведением.
- Выявление этических дилемм супервизируемых/коучи и проактивное решение их.
- Соблюдение границ супервизии/коучинга.
- Различение профессиональных, этических и политических вопросов.

## **Развитие**

### **Обеспечение непрерывного личностного развития**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Управление стрессом таким образом, чтобы не навредить другим.
- Определение собственных потребностей, личных ресурсов и ограничений.
- Осознание и использование методов осознанного размышления и действий для работы с ними.
- Осознание личных биофизических реакций и выдвижение гипотез о них как об источнике информации о текущих процессах.

### **Вклад в профессиональные стандарты и развитие**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Участие в разработках в профессиональной сфере.
- Активное обсуждение профессиональных стандартов, исследований и разработок в профессиональных сообществах.
- Выполнение функций учителя, тренера, консультанта, коуча или руководителя для коллег.
- Вклад в исследования.
- Публикация статей или книг.

## **Отношение к различным личным, профессиональным и организационным ценностям и культурам**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Выяснение того, на каком уровне и в каких форматах супервизия/коучинг, скорее всего, будут успешными.
- Поощрение супервизируемых/коучинговых лиц к исследованию конфликтов между личными и организационными ценностями.
- Разработка предложений по супервизии/коучингу в соответствии с типом организации, ее средой и потребностями.
- Адаптация концепций организационного анализа к существующей ситуации и потребностям супервизируемых/коучинговых лиц, их организаций и рабочих мест.
- Поддержка управленческого персонала в проведении анализа организационной культуры, в которой они работают.
- Сообщение результатов супервизируемым/коучинговым лицам в ясной и надлежащей форме.
- Поддержка супервизируемых/тренируемых в преобразовании их приобретенных знаний в действия.
- Связывание фактической рабочей ситуации супервизируемых/тренируемых с развитием, связанным с занятостью.
- Содействие пониманию супервизируемыми/тренируемыми того, как личная рабочая ситуация переплетается с общественной и политической средой.

## **Профессиональное поведение. Построение профессиональных отношений**

### **Контрактование**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Различение диадического, треугольного и четырехугольного контрактования и контрактов соответственно.
- Разъяснение различных функций и ролей в процессе надзора/коучинга.
- Разъяснение ожиданий вовлеченных сторон, соотнесение их с контрактным и, таким образом, проверяемым методом работы в надзоре/коучинге.
- Содействие процессу объединения до тех пор, пока не будут установлены общие и жизнеспособные цели для всех сторон, включая правовые последствия и рамки.
- Обзор ожиданий и рекомендация форматов, подходящих для целей и ожиданий сторон.
- Разъяснение финансовых условий, правил конфиденциальности, соответствующих организационных аспектов, оценки и результатов.
- Предоставление письменного контракта, если это уместно.

- Уточнение способов отчетности.
- Регулярный пересмотр контрактных целей в ходе процесса и их повторное согласование при необходимости.

### **Структурирование процесса**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Оценка того, как и супервизор/тренер, и супервизируемый/тренируемый представляют себя на начальном этапе.
- Построение доверия, поощрение открытости и самораскрытия путем поощрения ответственности, признания потребностей супервизируемых/тренируемых и установления соответствующего метода обратной связи.
- Применение соответствующих методов в соответствии с конкретными вопросами отношений супервизии/тренинга.
- В групповой супервизии установление отношений как с отдельными людьми, так и с группой в целом.
- Постоянная оценка межличностной связи с супервизируемыми/тренируемыми.
- Создание безопасной среды путем принятия ошибок и уязвимостей как возможностей для обучения.
- Предоставление возможностей для выражения потребностей и чувств, а также для предоставления и получения обратной связи.
- Определение моделей привязанности, динамики переноса и контрпереноса и работа с ними как с механизмом отношений.
- Распознавание чувств других и эмпатическое реагирование.
- Учет важности индивидуальных сходств и различий в отношениях супервизии.
- Обеспечение надлежащего баланса между вызовом и поддержкой.
- Обращение к процессам конкуренции и соперничества и поддержка супервизируемых/коучи в их решении.
- Учет влияния наблюдателя действия на это действие.
- Наблюдение за влиянием собственного действия. Вмешательство в соответствии с этим наблюдением.
- Определение проявлений и моделей динамики разделения и работа с ними.
- Содействие обобщению и оценке как процесса, так и профессионального развития супервизируемых/коучи.

## **Сеттинг, техники и методы**

### **Выполнение в различных условиях**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Анализ того, могут ли потребности супервизируемых/команд/организаций быть удовлетворены с помощью супервизии/коучинга, а затем рекомендация соответствующего формата.

- Учет разницы между диадическими, треугольными и четырехсторонними контрактами и их последствиями для процесса супервизии.
- Реагирование на фактические ситуации супервизируемых/коучи, не теряя из виду цели и потребности.
- Обзор текущего процесса, чтобы увидеть, соответствует ли выбранная обстановка по-прежнему контрактным целям.
- Знание и работа с характеристиками групповых процессов.
- Работа с конкретным групповым процессом.
- Использование группового процесса для достижения контрактных целей.

### **Использование методов и приемов**

- Уровень 6
- Уровень 7
- Уровень 8
- Использование методов и приемов в определенных контекстах.
- Вмешательство путем ссылки на концепцию, применяемую как теоретически, так и индивидуально к определенным вопросам и моментам.
- Предоставление информации другому человеку о своем впечатлении от его/ее поведения.
- Гибкая адаптация правил обратной связи к потребностям супервизируемого/коучи или к ситуации.
- Усиление и оспаривание мышления и поведения супервизируемого/коучи.
- Стимулирование процесса сотрудничества путем введения обратной связи.
- Опознание того, когда текущая проблема оказывается хаотичной, следовательно, вызывая беспокойство.
- Помощь супервизируемым/коучим сделать шаг назад от проблемы, чтобы рассмотреть ее с новой точки зрения.
- Помощь супервизируемым/коучим перейти от слов и понимания к новым и незнакомым действиям.
- Целенаправленное использование всех методов в отношении структурирования процесса для достижения поставленных целей.
- Стимулирование артикуляции опыта, мыслей и убеждений.
- Решение о том, следует ли размышлять о содержании, о процессе или о способах размышления (метарефлексия).
- Поощрение супервизируемых/коучим рассмотреть свои личные эмоциональные состояния и поведенческие аспекты.
- Помощь супервизируемым/коучим в формировании собственных выводов об изменениях, необходимых для достижения желаемых результатов.
- Распознавание эмоционального состояния супервизируемых.
- Разделение собственной эмоциональной реакции как супервизора/коуча от реакций супервизируемых/коучи.
- Профессиональное обращение с (контр)переносом.
- Выражение уважения к тому, как человек воспринимает реальность.
- Выражение искреннего любопытства и содействие пониманию.
- Использование творческих методов для содействия пониманию супервизируемыми/коучами ситуаций, в которых они оказываются.

## **Обучение**

Процесс, посредством которого знания, навыки и компетенции приобретаются посредством рефлексии опыта.

Характеристики и цели связаны со следующими формами обучения:

- **Опытное обучение.** Обучение на основе личного опыта. Инициирование практического опыта индивидуума и связывание его с эффектами определенного отношения или подхода.
- **Рефлексивное обучение.** Играет важную роль в цикле экспериментального обучения. Концепция рефлексии в обучении как активного упорства и тщательного рассмотрения любого убеждения или формы знания в свете данных, которые их поддерживают и приводят к новым выводам.
- **Интегрированное обучение.** Процесс обучения, посредством которого обеспечивается интеграция профессиональных, личных и методологических знаний и навыков.
- **Индивидуализированное обучение.** Процесс, в котором супервизируемые уникальны в своих знаниях, убеждениях, способностях и стилях обучения.
- **Диалогическое обучение.** Центральным дидактическим приемом обучения в супервизии является диалог: супервизор/тренер и супервизируемые/тренируемые подтверждают и улучшают свои отношения и разговорные обмены, посредством которых супервизор/тренер присоединяется к супервизируемым/тренируемым, слушая, проверяя услышанное и давая очень конкретную обратную связь.

Двойной цикл обучения: отражая опыт, супервизируемые/тренируемые могут изменить цель в свете этого опыта. Этот подход смещает усилия с того, как решить проблему, на постановку под сомнение цели.

Модель обучения: когда супервизируемые/тренируемые испытывают отношение супервизора/тренера и интегрируют части этого

## **Приложение 2.**

# **ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СУПЕРВИЗОРОВ (Москва, Россия)**

Концепция разработана: Луи ван Кесселем (Louis van Kessel)

### **Необходимы три – взаимосвязанные – траектории обучения**

Двухлетняя обучающая программа для подготовки супервизоров состоит как минимум из трех взаимосвязанных траекторий:

#### **1. Программа курса**

В непрерывном групповом формате, с фокусом на различные темы, связанные с супервизией.

Количество контактных часов: 400

Частью этого могут быть учебные активности «в группе равных»

#### **2. Обучение / супервизия проходящих обучение (стажеров)**

Супервизия, которую проводят сами обучающиеся, получение непосредственного опыта того, как проводить супервизию, в форматах:

- индивидуально / в паре
- в группе

Количество контактных часов: 40

#### **3. “Супервизия-супервизии”, которую проводит сертифицированный супервизор**

В этой активности обучающиеся представляют свой собственный опыт проведения супервизии в обучающем формате и учатся размышлять о своей работе, сложностях, с которыми они могут сталкиваться, и развивают компетенции, необходимые супервизору.

Количество контактных часов: 40 (частично в парах, частично в группе)

#### **Обзор, оценка и ассесмент**

Для того, чтобы оценить способность участника быть супервизором, к концу обучающей программы необходимо оценить следующее:

1. Успешное проведение “учебной супервизии”, демонстрация способности устанавливать и поддерживать необходимые условия для нее (см. 1.b.)
2. Успешное проведение “Супервизии-супервизии”(см 1.c), демонстрирующее собственное развитие в способности к рефлексии и интеграции компетенций-“внутреннего супервизора”.
3. Способность понимать и интегрировать ключевые понятия теории супервизии и практики организации, проведения и оценки супервизии, а также способности в дальнейшем развивать теорию и практику супервизии. Это необходимо продемонстрировать в письменном виде, в формате текста (статья).

#### **Организация траектории обучения**

1. Мотивирование, понимание обязательств по выполнению заданий и участия в обучении необходимо утвердить с участниками на этапе приема в программу (как часть контракта на обучение).

2. Во время первого модуля программы эти индивидуальные контракты необходимо подтвердить в группе. Также необходимо ввести форматы «учебной супервизии» и «супервизии-супервизии», поскольку необходимо организовать различные траектории обучения, параллельные или одновременные.
3. Условия проведения семинаров программы должны быть запланированы и объявлены заранее.
4. Участники программы могут представлять различные профессии? связанные с помощью людям.

### **Критерии приема**

Участники программы должны соответствовать следующим критериям:

- Диплом обучающей программы на уровне бакалавра в профессии, связанной с работой с людьми.
- Три года профессиональной практики.
- Прохождение собственной супервизии: как минимум 15 сессий в групповом или диадном формате.

### **Способы работы во время обучающей программы**

Данная программа выстроена вокруг темы супервизии, процесса ее организации и проведения.

Насколько возможно, участники готовят – как домашнее задание – темы, связанные с их собственной «обучающей супервизией» и соответствующей теорией.

Встречи во время программы обучения носят характер воркшопов, которые состоят из ориентиров в теории в связи с собственным опытом и практикой участников, а также симуляций ситуаций супервизии и возможных задач, которые могут возникать.

Также в фокусе внимания, размышлений и оценки находится развитие тренинговой группы как обучающей группы.

### **Темы обучающей программы**

#### **Начало программы**

1. Старт обучающей программы и развитие тренинговой группы.
2. Переход к роли супервизора – становление супервизора.

#### **Функции супервизии и ее ключевые характеристики**

1. Образы участников, которые есть у участников относительно супервизии
2. Система супервизии:
  - Супервизор- супервизируемый– представитель (commissioner?) –контекстуальная система
  - Контексты супервизии: супервизии для студентов (как часть программы обучения) – клиническая супервизия (супервизия как система непрерывного профессионального развития)–управленческая супервизия.
  - Профессиональная идентичность–профессиональная реализация (выполнение работы) - контекст
  - Базовые условия процесса супервизии
  - Форматы супервизии (диадный, групповой, командный)

### **Фазы супервизии**

Подготовительная фаза в различных контекстах:

- Появление тех, кто обращается за супервизией (commissioner?)и/или супервизируемыми
- Контрактирование с теми, кто обращается за супервизиейи/или супервизируемыми
- Трех-сторонний контракт

### **Изучение супервизии как практики во время обучающей программы**

#### **«Супервизия-супервизии» во время обучающей программы**

### **Цели супервизии**

- Интеграция в двух измерения (профессиональная и личностная)
- Профессиональное и обучающее измерение
- Модель калейдоскопа как помощь в ориентации проведении интервенций

### **Избавление от ограничений в супервизии**

Административная супервизия, практика обучения, консультация, интервизия / супервизия в группе равных,коучинг, развитие команд / командная супервизия/терапия / личностное развитие.

### **Как справляться с начальным этапом процесса**

#### **Заключение контракта в супервизии**

- Контракт с супервизируемым, между супервизором и супервизируемым
- Оценка контракта

### **Супервизия как процесс обучения**

- Обучение через непосредственное участие
- Стили обучения и работы
- Обучение профессионалов (стремящихся к максимальному результату)
- От вопросов профессионального функционирования к темам обучения и целям обучения в супервизии
- Способ учиться через супервизию
- Работа с учебной гипотезой
- Стадии развития обучения в супервизии

### **Содержание супервизии**

- Фокус на различных аспектах профессионального функционирования и функционирования в супервизии как параллельные процессы.
- Обучающие материалы, их источники и форматы

### **Взаимодействие в супервизии**

- (Контр)перенос, проекция и идентификация
- Параллельные процессы и как с этим справляться

### **Промежуточная оценка**

- Оценка прохождения обучения
- Оценка процесса и получаемого результата

<p><b>Специализированные темы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Влияние базовых паттернов (биография, социализация, пол) на профессиональное поведение и обучени в супервизии</li> <li>• Жизненные события и как с ними справляться</li> <li>• Справляясь с разнообразием: транс-культурная супервизия</li> <li>• Обращение с контекстными и организационными аспектами</li> </ul> <p><b>Этика</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Профессиональная этика и обращение с этическими вопросами</li> <li>• Кодекс поведения супервизоров</li> </ul> <p><b>Коммуникация в супервизии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• роль языка</li> <li>• роль мета-коммуникаций</li> </ul>
<p><b>Сценарии и интервенции в супервизии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Интервенции для дальнейшей рефлексии</li> <li>• Обратная связь</li> <li>• Конфронтация</li> <li>• (Профессиональное) само-раскрытие</li> <li>• Выражение чувств и эмпатия</li> </ul>
<p><b>Супервизия в группах и в тройках</b></p>
<p><b>Завершающая фаза супервизии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Заключительная оценка и асесмент в супервизии</li> <li>• Завершение</li> </ul>
<p><b>Разработка политики супервизии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В образовательной программе</li> <li>• В организации</li> <li>• В профессиональной ассоциации</li> </ul>
<p><b>Организация супервизорской практики</b></p>
<p><b>Интервизия и коучинг в группах</b></p>
<p><b>Асесмент профиля и компетенций супервизора</b>  Студенты представляют свой супервизорский профиль и демонстрируют компетенции в симулированной ситуации, и затем получают обратную связь от преподавателей и других студентов</p>
<p><b>Студенты пишут свои работы и отправляют их на рассмотрение</b></p>
<p><b>Студенты представляют свои работы на коллоквиуме</b></p>
<p><b>Завершение программы и подведение итогов</b></p>

## НАШИ АВТОРЫ

**Арпентьева Мариям Равильевна** – доктор психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник факультета социальных наук и массовых коммуникаций, Института гуманитарных технологий и социального инжиниринга, факультета «Высшая школа управления» Института управленческих исследований и консалтинга ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации».

**Москва, Россия**

**Ван Кессель Луи** – экс-президент Европейской ассоциации супервизоров. Преподавал в различных европейских учебных заведениях - Hogeschool Arnhem, Nijmegen, Institute for Masterstudies, автор более 112 научных публикаций, переведенных на 9 различных языков (голландский, английский, французский, немецкий, венгерский, словенский, испанский, хорватский, румынский). Статьи и исследовательские проекты посвящены супервизии / профессиональному коучингу, взаимопониманию, образованию взрослых, непрерывному профессиональному обучению, организационному развитию.

Основной ведущий Международной программы подготовки супервизоров в Московском Институте консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институте).

**Нидерланды**

**Винокур Владимир Александрович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, президент Балинтовской ассоциации (Россия), член консультативного совета Международной балинтовской федерации, член редакционной коллегии «Balint – Journal (Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft)» (Германия), сертифицированный ведущий и супервизор балинтовских групп. Работал в качестве эксперта по балинтовским группам в программе Европейского Совета TACIS «Охрана здоровья на рабочих местах»; аккредитован Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой в качестве супервизора балинтовских групп; автор книг «Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы» (СПб, 2015, 2019) и «Балинтовская групповая супервизия в помогающих профессиях» (М., 2023).

**Санкт-Петербург, Россия**

**Дарчиева (Панфилова) Наталья Александровна** – исполнительный директор Национальной Ассоциации Супервизоров (Россия); проректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института); руководитель Московского Клуба Супервизоров; психолог-консультант и семейный психотерапевт, супервизор-практик.

**Москва, Россия**

**Жигулина Марина Андреевна** – исполнительный директор Общества человекоцентрированного подхода, сертифицированный психолог-консультант PCE Europe, сертифицированный тренер The International Focusing Institute, практикующий психолог, супервизор, действительный член Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Москва, Россия**

**Журавлева Ольга Николаевна** – руководитель Центра семейной терапии, имеет подготовку в ИИСТ – системный психолог, детско-родительское консультирование, супружеское консультирование, МИПОПП- травматерапевт, Институт клинической психологии и психотерапии – арт-терапевт, действительный член Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Саратов, Россия**

**Королихин Андрей Валерьевич** – учредитель и председатель Правления Ассоциации Русскоязычных Коучей (АРК НКО), Коуч-Мастер АРК, Супервизор и Мета-супервизор АРК, Со-автор курса «Супервизор коучей», Преподаватель в Executive Coaching Academy, Инициатор создания и со-автор концепции Развивающего Диалога.

**Москва, Россия**

**Локтионова Альбина Викторовна** – директор, Некоммерческое партнерство «Институт интегративной детской психотерапии и практической психологии ГЕНЕЗИС» (НП ИИД ППП ГЕНЕЗИС).

**Москва, Россия**

**Лях Игорь Вячеславович** – врач-психотерапевт, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, сертифицированный супервизор, председатель экспертного комитета Ассоциации супервизоров и консультантов (ASC), член ЕКПП, действительный член и супервизор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), член Центрального совета и руководитель НРО ОППЛ.

**Новосибирск, Россия**

**Михайлов Владимир Александрович** – сертифицированный по европейским стандартам супервизор (Association of National Organisations for Supervision in Europe), супервизор ГБУ «Московская служба психологической помощи населению», преподаватель в Международной программе «Супервизия: индивидуальный подход к профессиональному развитию для специалистов и руководителей в помогающих профессиях, сертифицированный ведущий балинтовских групп Российского балинтового общества, преподаватель и супервизор Ассоциации понимающей психотерапии, преподаватель в Православном Свято-Тихоновском Богословском Институте, частнопрактикующий психолог-консультант и супервизор, действительный член Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Москва, Россия**

**Несивкина Ирина Владимировна** – руководитель социального проекта «Управление изменениями в организации: адаптация и ресоциализация участников СВО к трудовой деятельности», эксперт психолог в области психофизиологического и социального здоровья, эксперт психолог на Российских ТВ, член Экспертного Совета Заслуженных Врачей РФ, академик и член Президиума Международной Академии менеджмента, член Экспертного совета Магистерской программы «Управленческий консалтинг» в Институте Государственной Службы и Управления РАНХиГС,

**Москва, Россия**

**Новак Татьяна Валерьевна** – руководитель Республиканской службы психологической помощи «Единый социальный телефон».

**Абакан, Россия**

**Новикова Марина Владимировна** – сертифицированный врач психиатр, психотерапевт высшей категории ОГБУЗ СОПКД г. Смоленск; Член совета директоров, преподаватель, супервизор НП Институт интегративной детской психотерапии и психологического консультирования «Генезис» г. Москва

**Смоленск, Россия**

**Плющева Ольга Александровна** – психолог, супервизор, имеет подготовку по ряду направлений консультирования и психотерапии, в т.ч. телефонное консультирование, клиническая психология, символдрама, экзистенциальная психотерапия и др., действительный член Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Москва, Россия**

**Приходченко Ольга Анатольевна** – руководитель Комитета по супервизии СРО Национальная Ассоциация «Союз психотерапевтов и психологов», Вице-президент Общероссийской общественной организации «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига», психотерапевт Европейского реестра, психолог-консультант, врач, супервизор ОППЛ.

**Новосибирск, Россия**

**Рязанцева Елена Валерьевна** – клиент-центрированный терапевт, ведущий Бабинтовских групп, начальник отдела и супервизор ГБУ «Московская служба психологической помощи населению», член Правления Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Москва, Россия**

**Селезнева Анастасия Анатольевна** – клинический психолог, психосоматолог, сексолог, гипнолог, групповой психотерапевт, аккредитованный полимодальный супервизор.

**Новосибирск, Россия**

**Слатвинская Елена Витальевна** – психолог, онлайн-консультант, ведущая бабинтовских групп, сертифицированная Бабинтовской Ассоциацией (Россия), действительный член Национальной Ассоциации Супервизоров.

**Москва, Россия**

**Сутина Татьяна Александровна** – клинический психолог, к.э.н., доцент, действительный член Общероссийской общественной организации «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига» (ОППЛ).

**Казань, Россия**

## Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт)

ФПК-ИНСТИТУТ – проект Общероссийской общественной организации «Федерация Психологов Консультантов», работает под научным руководством Виктора Юрьевича Меновщикова, кандидата психологических наук, доцента, академика Российской Академии Социального Образования, президента Федерации Психологов-Консультантов, одного из основоположников психологического консультирования в России, как отдельного метода, отличного от психотерапии.

Институт является единственным в России учебным заведением, ориентированным на стандарты Международного Совета по аккредитации образовательных программ в области консультирования (Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs) и широко привлекает к преподаванию зарубежных специалистов.

Основные формы образовательной деятельности Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института) включают:

- Программы дополнительного профессионального образования
- Психологическое консультирование и транстеоретическая психотерапия
- Клиент-центрированная психотерапия и человекоцентрированный подход
- Интернет-консультирование и интернет-психотерапия
- Кадровое консультирование и управление персоналом. HR-консалтинг и бизнес-психология
- Управленческое консультирование. Консалтинг и коучинг для руководителей
- Краткосрочные программы повышения квалификации Тренинги, учебно-практические семинары, авторские программы, в сфере консультативной психологии и бизнес-консалтинга
- Дистанционное обучение Индивидуальное и групповое обучение с помощью современных средств телекоммуникации через Интернет, в т.ч. в режиме Интернет-семинаров и вебинаров.

Мы приглашаем к сотрудничеству в рамках любого из описанных направлений деятельности института.

Участие в краткосрочных образовательных программах, а также прохождение дистанционного обучения подтверждается сертификатом.

Слушателям краткосрочных образовательных программ, объем которых превышает 72 часа, выдается свидетельство о повышении квалификации в соответствующей области консультативной психологии или консалтинга.

Краткосрочные образовательные программы реализуются в форме тренингов, семинаров-тренингов, авторских программ продолжительностью от 1 до 3 дней.

Обучение по программам повышения квалификации и дополнительного профессионального образования рассчитаны на обучение в течение одного, двух или трех лет (очная и очно-заочная форма обучения) и сопровождаются выдачей диплома.

**Адрес Института:** Москва, ул. Борисовские пруды, д.8, корп.2.  
Проезд: м. Борисово.  
Тел./факс (495) 775-43-70  
Тел.: 8-905-552-85-41  
m.kosareva.psy@gmail.com

[www.counseling.su](http://www.counseling.su)

P.S. Приглашаем всех желающих в Клуб психологов  
при Институте консультативной психологии и консалтинга:

<https://counseling.moscow/>

## НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СУПЕРВИЗОРОВ (РОССИЯ)

Национальная Ассоциация Супервизоров (далее по тексту – Ассоциация) является добровольным объединением граждан в некоммерческую организацию, основанную на членстве, учреждённую в целях представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных, а также иных не противоречащих федеральным законам и имеющих некоммерческий характер целей.

Ассоциация осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Полное наименование Ассоциации на русском языке – Национальная Ассоциация Супервизоров.

Сокращённое наименование на русском языке – НАС.

Место нахождения Ассоциации: Российская Федерация, город Москва.

Ассоциация создана с целью координации деятельности членов (супервизоров) Ассоциации, представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных, а также иных не противоречащих федеральным законам и имеющих некоммерческий характер целей, связанных с развитием и улучшением теоретических и практических знаний психолога (психотерапевта) в различных сферах его деятельности в области супервизии.

### **Предметом деятельности Ассоциации являются:**

- осуществление координации деятельности своих членов;
- обеспечение защиты прав и законных интересов членов (супервизоров) Ассоциации;
- формирование общей точки зрения по вопросам супервизии;
- установление и развитие деловых связей с ведущими отечественными и иностранными специалистами, содействие развитию долгосрочного и взаимовыгодного сотрудничества с ними;
- представительство членов Ассоциации на территории РФ и за её пределами;
- оказание информационных, консультативных, научно-информационных и иных услуг членам Ассоциации;
- координация работы членов Ассоциации и возможности использовать (возмездно или безвозмездно) достижения и имидж Ассоциации членами, а также осуществлять совместную рекламу;
- содействие развитию профессионального сообщества в области супервизии, а также психотерапии, психологии и консультирования;
- содействие профессиональному образованию, обучению и совершенствованию профессионализма членов Ассоциации;
- взаимодействие с заинтересованными правительственными и неправительственными российскими, международными, общественными и иными организациями для реализации целей, определенных настоящим Уставом

- участие, организация и проведение Ассоциацией лекций, курсов, съездов, презентаций симпозиумов, выставок, ярмарок, конференций, семинаров, иных некоммерческих мероприятий, как в Российской Федерации, так и за рубежом.

Ассоциация может осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых она создана. Такой деятельностью признаются приносящее прибыль производство товаров и услуг, отвечающих целям создания Ассоциации, а также приобретение и реализация ценных бумаг, имущественных и неимущественных прав, участие в хозяйственных обществах и участие в товариществах на вере в качестве вкладчика.

Ассоциация, осуществляя приносящую доход деятельность, должна иметь достаточное для осуществления такой деятельности имущество рыночной стоимостью не менее минимального размера уставного капитала, предусмотренного для обществ с ограниченной ответственностью.

Деятельность Ассоциации строится на основе договоров, соглашений, контрактов, заключаемых ею с государственными и муниципальными предприятиями, коммерческими и некоммерческими организациями, государственными органами и органами местного самоуправления, а также с физическими лицами.

#### **Ассоциация в социальных сетях:**

- <https://www.facebook.com/groups/247521106612612/>
- <https://vk.com/public194692848>

Вопросы по поводу вступления в Национальную Ассоциацию Супервизоров, пожалуйста задавайте по адресу:

[helpletter@mail.ru](mailto:helpletter@mail.ru)

Меновщикову Виктору Юрьевичу

<http://супервизоры.рф/>



